

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra Speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Využití nefarmakologických přístupů v péči o seniory s demencí
Use of non-pharmacological approaches in the care for elderly with dementia

Anna Čížková

Vedoucí práce: PaedDr. Eva Marádová, CSc.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2019

Odevzdáním této bakalářské práce na téma "Využití nefarmakologických přístupů v péči o seniory s demencí" potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 15. dubna 2019

Ráda bych touto cestou poděkovala zejména vedoucí bakalářské práce PaedDr. Evě Marádové, CSc. za její čas, ochotu a cenné rady, které mi během přípravy práce věnovala. Zároveň děkuji všem, kteří byli ochotni se zúčastnit mého dotazníkového šetření.

ABSTRAKT

Tématem práce je využití nefarmakologických přístupů v péči o seniory s demencí v domovech se zvláštním režimem.

Práce v teoretické části představuje problematiku demence, laické a profesionální péče a pět vybraných nefarmakologických přístupů - reminiscenci, validaci, preterapii, bazální stimulaci a Montessori přístup.

Cílem práce je zjistit znalosti personálu o těchto přístupech a zhodnotit, zda jsou principy daných přístupů v domovech se zvláštním režimem při péči využívány. Bylo také zjišťováno, zda jsou pracovníci v daných přístupech vyškoleni.

Pro získání dat byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Dotazník byl rozeslán do všech domovů se zvláštním režimem v České republice, které se věnují cílové skupině seniorů. Z odpovědí 134 respondentů bylo statistickými metodami vyhodnoceno, že nefarmakologické přístupy jsou z velké většiny známé a používané. Jako nejznámější nefarmakologické přístupy byly vyhodnoceny bazální stimulace a reminiscence, při péči pracovníci nejvíce využívají Montessori přístup a reminiscenci. Montessori přístup a preterapii při péči využívají pracovníci spíše intuitivně. Nejvíce jsou přístupy známé aktivizačním a sociálním pracovníkům, nejméně zdravotnickému personálu. Více než polovina pracovníků byla vyškolená alespoň v jednom z přístupů. Motivací pro účast na vzdělání byl osobní zájem nebo zájem zaměstnavatele.

KLÍČOVÁ SLOVA

demence, Alzheimerova choroba, nefarmakologické přístupy, reminiscence, validace, preterapie, bazální stimulace, Montessori přístup, domovy se zvláštním režimem

ABSTRACT

Subject of the present work is use of non-pharmacological methods in care about seniors with dementia in residential care homes for the elderly.

The theoretical part of the work describes the problem of dementia and issues of professional and non-professional care. Five selected non-pharmacological methods, namely reminiscence, validation, pre-therapy, basal stimulation and Montessori approach, are described as well.

The aim of the present work is to examine the awareness of nursing staff about the five non-pharmacological methods and to evaluate to what extend are these approaches used in residential care homes for the elderly. The level of personnel training in these approaches was investigated as well.

A questionnaire survey method was selected for obtaining data about the investigated problem. A dedicated questionnaire was sent out to all residential care homes for the elderly in the Czech Republic. Filled questionnaires were received from 134 respondents. Statistical analysis of responses revealed that non-pharmacological approaches are known and used by the majority of personnel. The data showed that basal stimulation and reminiscence are best known theoretically by the staff, while the Montessori approach and reminiscence are applied most frequently in the everyday practical care by personnel. The usage of the Montessori and pre-therapy approaches is intuitive rather than based on some official training. The activator and social workers have the best knowledge about the non-pharmacological methods, the least knowledge was found among the paramedical staff. The majority of personnel were trained at least in one of the non-pharmacological methods. Motivation for training was either personal interest or interest of the employer.

KEYWORDS

Dementia, Alzheimer disease, non-pharmacological method, reminiscence, validation, pre-therapy, basal stimulation, Montessori approach, residential care homes for the elderly

Obsah

Úvod	7
Teoretická část	9
1 Demence	9
1.1 Symptomy demence	9
1.2 Onemocnění spojená s demencí	10
1.3 Fáze demence	12
2 Péče o seniory s Alzheimerovou chorobou	14
2.1 Laická péče	14
2.2 Profesionální péče	15
3 Nefarmakologické přístupy	20
3.1 Reminiscence	20
3.1.1 Funkce reminiscence	21
3.1.2 Možnosti využití reminiscence u seniorů s demencí	23
3.2 Validace	24
3.2.1 Fáze demence dle Naomi Feil	25
3.2.2 Techniky validace	27
3.3 Preterapie	30
3.4 Bazální stimulace	33
3.4.1 Využití bazální stimulace u seniorů s demencí	33
3.5 Montessori přístup	35
Empirická část	39
4 Cíle a metodologie výzkumu	39
4.1 Výzkumný problém	39
4.2 Design výzkumného šetření	40

4.3	Průběh výzkumu	41
4.4	Výzkumný soubor	42
4.5	Výsledky	45
4.5.1	Znalost pojmu "nefarmakologické přístupy v péči o seniory s demencí"	45
4.5.2	Znalost a využívání vybraných nefarmakologických přístupů.....	47
4.5.3	Vzdělání v nefarmakologických přístupech	49
4.5.4	Využívání jednotlivých prvků nefarmakologických přístupů	54
4.5.5	Porovnání znalosti jednotlivých přístupů s jejich využíváním v praxi.....	65
4.5.6	Porovnání míry využívání prvků nefarmakologických přístupů na základě pracovní pozice.....	69
4.6	Diskuse výsledků	71
	Závěr.....	77
	Seznam použitých informačních zdrojů	79
	Seznam příloh.....	82
	Seznam grafů:	82

Úvod

Během své studijní praxe jsem se setkala se seniory, kteří onemocněli Alzheimerovou chorobou. Bylo zajímavé sledovat, jak se někteří pracovníci dokázali seniorům s demencí přiblížit, jak dokázali proniknout do jejich světa a tím lépe porozumět jejich potřebám. Když jsem se začala více zajímat o to, jak se naučili se seniory s demencí pracovat, někteří zmínili jako inspiraci určité teoretické koncepty, které jim dávají pro jejich práci oporu. Rozhodla jsem se tedy více tyto koncepty - nefarmakologické přístupy - prozkoumat a věnovat se jim i ve své bakalářské práci.

Protože nefarmakologických přístupů lze v odborné literatuře najít celou řadu, bylo nakonec vybráno pět z nich - reminiscence, validace, preterapie, bazální stimulace a Montessori přístup. Blíže budou představeny v teoretické části práce.

Jedním z východisek při formulaci výzkumných cílů pro empirickou část práce je otázka, zda pracovníci znají a využívají nefarmakologické přístupy a zda jsou v nich vzdělání nebo zda využívají prvky přístupů při péči spíše intuitivně. Aby byla tato otázka zodpovězena, bude nejprve nutné zjistit míru formální znalosti jednotlivých přístupů a to, zda je tato znalost získána určitým vzděláním. Dále, zda pracovníci při práci využívají konkrétní prvky daných přístupů, aniž by při dotazování věděli, že daný prvek se váže ke konkrétnímu přístupu. Porovnáním by pak mělo jít zjistit, zda při péči prvky využívají díky formální znalosti daného přístupu nebo spíše intuitivně a zda znalost daného přístupu k využívání jeho prvků přispívá. Také bude možné odpovědět na otázku, které vybrané nefarmakologické přístupy jsou nejznámější a nejpoužívanější. Zároveň se bude možné podívat na míru využívání prvků přístupů v závislosti na pracovní pozici respondentů.

K dosažení cíle je zvolena metoda dotazníkového šetření. Dotazník bude rozeslán do všech domovů se zvláštním režimem v České republice, které se věnují seniorům a získaná data budou následně podle statistických metod vyhodnocena.

Cílem práce je zjistit znalosti personálu domovů se zvláštním režimem o vybraných nefarmakologických přístupech v péči o člověka s demencí a zhodnotit, zda jsou principy daných přístupů v domovech se zvláštním režimem při péči využívány.

V době, kdy v České republice stoupá průměrný věk populace a s ním roste i počet seniorů s demencí, je důležité i pro speciální pedagogy myslet na tuto cílovou skupinu a zkoumat metody, pomocí kterých lze podpořit kvalitu života seniorů s demencí ve všech jeho oblastech.

Teoretická část

1 Demence

Dle Holmerové, Juraškové a Zikmundové je demence syndromem, který je způsobený patologickými změnami v mozku a který se projevuje určitým specifickým souborem příznaků. Je vždy důsledkem určité choroby a proto její průběh může být rozdílný právě v závislosti na tom, o kterou chorobu se jedná (Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007). Dle Glennera je demence "obecný termín označující celkový úbytek rozumových schopností a duševní bystrosti způsobený nemocí nebo poraněním mozku" (Glenner a kol., 2012, s. 9). Je tedy zřejmé, že termín demence se dle odborníků vždy váže k určitému poškození mozku, z čehož vyplývají určité symptomy, tj. charakteristické projevy v chování a prožívání člověka s demencí.

1.1 Symptomy demence

K základním symptomům demence patří zhoršení kognitivních funkcí v důsledku poškození mozkové kůry. To se projevuje problémy s pamětí, myšlením, orientací, úsudkem, vyjadřováním a schopností učit se (Tavel, 2009).

Nemocný a jeho okolí většinou nejprve zaznamenají problémy s **pamětí**. Dle Jitky Zgola je paměť složitým jevem, který obsahuje různé funkce, způsoby a procesy. Paměť můžeme dělit do tří funkcí a to na bezprostřední, krátkodobou a dlouhodobou. Při demenci jsou nejvíce postiženy bezprostřední a krátkodobá paměť, zatímco dlouhodobá paměť může být dobře zachována i ve fázi pokročilé demence. V souvislosti s pamětí se pak zabýváme čtyřmi procesy a to vlastním zaznamenáním dané informace, jejím uložením v mozku, následným vybavením a dlouhodobým uložením. Člověk s demencí může mít problémy v kterékoliv z těchto fází (Zgola, 2013).

Zhoršuje se také schopnost **úsudku a myšlení**, zejména abstraktního. Člověk s demencí tak mívá problém vyrovnat se s běžnými situacemi, ať již v rodině nebo v práci, tyto situace analyzovat a adekvátně na ně reagovat, zejména pokud je pod časovým tlakem (Smolík, 2002).

Dalším ze symptomů může být zhoršená kontrola **emocí**, která se projevuje např. podrážděností, emoční labilitou nebo vzrušivostí a často je doprovázena následnými problémy v **chování**, kdy se mohou zvyrazňovat dosavadní charakterové rysy nebo se naopak v chování objevovat rysy, které byly do této doby potlačené (Tavel, 2009).

Většina symptomů je přímo úměrná fázi, ve které se člověk s demencí nachází. Zatímco v prvních fázích lze sledovat pouze drobné problémy s krátkodobou pamětí, s pokračujícím onemocněním se škála pozorovaných symptomů rozšiřuje a ke kognitivním a behaviorálním problémům se přidávají problémy s verbálním vyjadřováním, motorikou a bazálními aktivitami denního života jako je schopnost se najíst a zvládat základní hygienické návyky (Jirák a kol., 2009). Výskyt jednotlivých symptomů je také závislý na konkrétním onemocnění a individualitě daného člověka.

1.2 Onemocnění spojená s demencí

V předchozí kapitole bylo uvedeno, že demence je vždy důsledkem určitého onemocnění. V závislosti na typu onemocnění se projevuje specifickým způsobem i průběh demence u konkrétního člověka. 10. mezinárodní klasifikace nemocí rozděluje demence do čtyř skupin v kategorii F00-F03 (MKN-10). V této kapitole budou uvedeny jen ta onemocnění, která jsou nejčastější.

Pod označením F00 se nachází demence u **Alzheimerovy nemoci**.

Alzheimerova choroba

Vzhledem k tomu, že se práce zabývá nefarmakologickými přístupy u lidí, jejichž demence je způsobena Alzheimerovou chorobou, bude se tato kapitola této chorobě více věnovat a i další text práce se bude vztahovat zejména k demenci způsobené Alzheimerovou chorobou¹.

Alzheimerovu nemoc poprvé popsali Alois Alzheimer v Mnichově a Oskar Fischer v Praze v roce 1907. Zatímco Alois Alzheimer popsal průběh nemoci pacientky s presenilní formou choroby (bylo jí 56 let), Oskar Fischer popsal 12 případů lidí se senilní formou demence, která se vyskytuje častěji (Holmerová, 2016).

¹ V dalších kapitolách budu většinou užívat obecnější pojem člověk s demencí. Budu mít však na mysli seniory s Alzheimerovou chorobou, protože těmi zejména se ve své práci zabývám.

Primárně se jedná o onemocnění šedé kůry mozkové, kdy se v této části mozku tvoří abnormální plak a neurofibrilární klubka, která nahrazují životně důležité buňky. Tím dochází ke zhoršení jak psychických, tak fyzických schopností daného člověka (Glennier a kol, 2012). Alzheimerova nemoc poškozuje části mozku, které řídí myšlení, paměť a jazykové schopnosti. Její nástup je pozvolný a není hned rozpoznatelný. Onemocnění má progresivní charakter a končí terminálním stadiem, tedy smrtí pacienta. Příčiny choroby zatím nejsou zcela zřejmé. Určitou roli hrají pravděpodobně dědičné faktory, ale ty nejsou jedinou příčinou. Nemoc se týká všech skupin lidí, i když výskyt exponenciálně roste se zvyšujícím se věkem. Alzheimerova choroba napadá v Evropě přibližně třetinu lidí nad 85 let věku (Procházková, 2012).

V současné době je možné Alzheimerovu chorobu diagnostikovat již jednu až dvě dekády před tím, než se projeví kognitivní poruchy. To však přináší určitá etická dilemata a otázky, zda diagnostikovat chorobu, pro kterou v současné době ještě není k dispozici lék, který by ji zastavil nebo ji dokázal dostatečně korigovat (Holmerová, 2016).

Kromě Alzheimerovy choroby jsou v 10. mezinárodní klasifikaci nemocí v kapitole F01 popsány **vaskulární demence** (MKN-10). Ty jsou dle Pidrmána způsobené poškozením centrální nervové soustavy v důsledku onemocnění kardiovaskulárního systému, hypertenze nebo cévní mozkové příhody a tvoří 10 - 15 % celkového počtu demencí. Vaskulární demence se dále dělí na další typy onemocnění (Pidrman, 2007).

Kapitola F02 zahrnuje "**demence u jiných nemocí zařazených jinde**". Jedná se zejména o demenci při Pickově chorobě, která má časný nástup (50. - 60. rok) a jsou pro ní charakteristické změny charakteru člověka, dále demence u Creutzfeldt-Jakobovy nemoci, která také nastupuje ještě v raném stáří a má velmi rychlý průběh. Jako posledního zástupce lze uvést demenci při Huntingtonově nemoci (Tavel, 2009).

Pro úplnost je třeba ještě zmínit kapitolu F03, kde jsou klasifikovány tzv. "**neurčené demence**".

1.3 Fáze demence

Většina autorů (např. Holmerová a kol., 2007) rozlišuje tři základní fáze demence, výjimku tvoří autorka validace Naomi Feil, která popisuje čtyři stadia. Specifika validace budou popsána v příslušné kapitole později. Popis symptomů v jednotlivých stádiích obsahuje informace, které lze generalizovat, je však zřejmé, že u konkrétního jednotlivce se každý ze základních symptomů demence může projevovat a rozvíjet různě. Je tedy možné, že člověk ve třetí fázi demence bude mít stále zachované určité dovednosti a naopak. U každého člověka je průběh nemoci jiný a při poskytování péče je to třeba brát v úvahu.

a) První fáze - počínající, mírná demence

Dle Glennera v této fázi ještě nemusíme u člověka demenci rozeznat. Příznaky jsou totiž typicky přítomny i u běžného stárnutí bez přítomnosti demence. Jedná se zejména o zhoršení krátkodobé paměti, občasnou zmatenost, horší rozsah pozornosti, obtížné hledání slov, občasnou prostorovou dezorientaci, obtíže při obsluze přístrojů. Můžou se objevovat také deprese a úzkosti (Glenner, 2012).

V této fázi je důležité, aby byl člověk správně diagnostikován a díky tomu se mohl připravit na to, co ho čeká. Díky tomu, že lidé v této fázi demence bývají ještě samostatní, je to ideální doba na promyšlení dalšího postupu. Člověk s demencí by si měl vytvořit dlouhodobý plán, díky kterému si ujasní, jak to bude v dalších stádiích nemoci v jeho životě vypadat (Holmerová in Jiráková a kol., 2009).

Důležitá je také adekvátní terapie, která má za účel udržet co nejdéle takový stav člověka, kdy je stále ještě schopný žít samostatně.

b) Druhá fáze - rozvinutá demence

V této fázi se příznaky z první fáze prohlubují a objevují se i nové symptomy. Zasahují do běžného chodu života člověka s demencí a ztěžují mu každodenní aktivity. Objevují se potíže při sebeobslužných aktivitách, jako např. oblékání, mytí, chůze na toaletu. Dále se objevují výpadky paměti a i zhoršení paměti dlouhodobé, lidé bývají dezorientovaní a neklidní, což se může projevovat například blouděním a jiným chováním, které může ohrozit jejich bezpečnost. Časté je také repetitivní chování a perseverace (Glenner, 2012).

V této fázi demence již člověk potřebuje určitou míru dohledu a pomoci. Je potřeba, aby měl někoho, kdo dohlédne na jeho stravování, braní léků a pomůže mu s případnými sebeobslužnými aktivitami, které už není schopen sám zvládnout. Péče v této fázi již také vyžaduje specifické farmakoterapeutické a zejména nefarmakologické přístupy (Holmerová in Jirák a kol., 2009).

Lidem v této fázi demence také pomáhá, pokud mají možnost určité seberealizace. Vyhovuje jim, pokud se mohou účastnit smysluplných aktivit zejména v prostředí, které je pro ně známé a tím pádem bezpečné.

c) Třetí fáze - pokročilá, terminální demence

V nejpokročilejší fázi demence je potřeba, aby měl člověk s demencí neustálou péči a dohled jiné osoby. Pro člověka bývá již velice obtížné se o sebe sám postarat a potřebuje asistenci při běžných denních aktivitách.

K projevům, které se ve třetí fázi nově objevují, patří bludy a halucinace, inkontinence, obtíže s polykáním (což způsobuje častý úbytek hmotnosti klienta) a neschopnost vnímat a uvědomovat si okolní dění. Problémy nastávají také v komunikaci, kdy spolu s progresí nemoci člověk nemusí být schopen nadále verbálně komunikovat a je třeba hledat jiné cesty, jak člověku s demencí porozumět (Glenner, 2012).

V této fázi lidé již potřebují neustálý dohled a kvalifikovanou ošetrovatelskou péči. Aktivity jsou zde již individualizované, podle osobních potřeb klienta. Je důležité, aby byla přítomna i dostatečná lékařská péče a později také péče paliativní. Jde zde hlavně o zajištění klidu a komfortu klienta (Holmerová in Jirák a kol., 2009).

2 Péče o seniory s Alzheimerovou chorobou

Jak je zřejmé z předchozí kapitoly, lidé s demencí potřebují určitou míru podpory a péče, která se s progresí nemoci stále zvyšuje. Možností, jakou formou bude péče o člověka zajišťována, je několik a v ideálním případě by se na rozhodování o jejich využití měl účastnit i samotný člověk s demencí, a to ve chvíli, kdy mu to ještě jeho nemoc umožňuje, tedy v první fázi demence, při tvorbě dlouhodobého plánu. Je samozřejmě možné, že rozhodnutí se bude v rámci času a pokračování nemoci muset změnit, např. pokud rodina již nebude péči o rodinného příslušníka s demencí zvládat (Glennner a kol., 2012).

Péče může být zajišťována buď rodinou a přáteli člověka s demencí – tento způsob nazýváme laickou péčí - nebo se o člověka s demencí mohou starat profesionálové v rámci zdravotnických nebo sociálních služeb. Je možné tyto varianty kombinovat a využívat denní stacionáře nebo pečovatelskou službu, kdy se o člověka s demencí část dne starají odborníci a po zbytek dne je s rodinou (Glennner a kol., 2012).

Většina lidí si samozřejmě přeje zůstat i ve stáří ve svém přirozeném a domácím prostředí a rodina jim to chce často umožnit a volí právě rodinnou péči. To je jistě dobře, zároveň by si ale rodinní příslušníci měli objektivně uvědomit, kolik toho sami zvládnou a co už je nad jejich síly. Využívat určitou formu odborné péče určitě není selháním péče rodiny.

2.1 Laická péče

Za laickou péčí považujeme veškerou péči, která není vykonávána odborníky. Nejčastěji se jedná o péči ze strany partnera, dětí nebo dalších rodinných příslušníků a přátel.

Pokud se rodina rozhodne pro domácí péči, je důležité si uvědomit, jaké má reálné možnosti. Péče může být opravdu náročná a s postupující nemocí vyžaduje celodenní zapojení. Je dobré, aby se na ní podílelo více členů rodiny a celé břímě nenesl jen jeden člověk (Glennner a kol., 2012).

I při domácí péči je důležité znát názory odborníků a pravidelně se s nimi radit o dalším postupu. Pro člověka s demencí i pro jeho pečovatele bývá prospěšné navštěvovat aktivity, které jsou pro lidi s demencí dostupné a kde se cítí bezpečně a přijímáni. Využít lze například reminiscenční setkání, cvičení kognitivních schopností, různé terapie (cannisterapie, arteterapie atd.). Velkou pomoc mohou jak seniorům s demencí, tak

rodinným příslušníkům poskytnout specializované poradenské služby, např. Alzheimer point a poradenství Gerontocentra. Rodina může využít podpůrných skupin, které existují pro lidi s demencí, ale právě i pro pečovatele o lidi s demencí. Ty mají možnost se podělit o své zkušenosti a zároveň se svěřit se svými trápeními a starostmi někomu, kdo prožívá stejnou životní situaci. (Glennner a kol., 2012)

Pokud člověk s demencí zůstává v domácí péči, je potřebné učinit v domácnosti určité úpravy, které péči o něj usnadní. Lze očekávat, že se bude zhoršovat mobilita člověka, proto je dobré pokusit se udělat domácnost co nejvíce bezbariérovou a přístupnou. Dají se odstranit prahy, koberečky a na podlahu dát protiskluzové dlažby. Dále je dobré zajistit změnu výšky určitých předmětů, aby na ně člověk dosáhl, např. poliček, skříněk. Vanu je vhodné nahradit sprchovým koutem, ideální je také zvýšit WC a k umyvadlu dát stoličku na sezení. Všude, kde je to potřeba, můžeme namontovat úchytná madla pro lepší stabilitu. Důležité jsou také úpravy ložnice. Ta by měla být blízko toalety a dobře přístupná. Lůžko by mělo být vysoké, aby se z něj dobře zvedalo, a je důležité pořídit kvalitní matraci, jelikož senior bude zřejmě trávit nejvíce času právě v posteli (kolektiv autorů, Chci zůstat doma, 2015).

2.2 Profesionální péče

Do této kategorie spadají všechna zařízení, která zajišťují kvalifikovanou péči o lidi s demencí. Dala by se rozdělit na zdravotnické a sociální služby. Často zmiňovaným problémem dnešní doby je malá provázanost zdravotní a sociální péče, která je způsobena zejména tím, že oba resorty spadají každý pod jiné ministerstvo a s tím jsou spojeny různé způsoby financování a legislativní zakotvení.

Senior s demencí, který je ošetřen ve zdravotnickém zařízení s akutním zdravotním problémem, často nemůže zařízení opustit právě z důvodu nemožnosti postarat se o sebe v domácím prostředí, zvláště pokud to neumožňuje jeho rodinné zázemí. V tom případě bývá umístěn na oddělení následné péče, na geriatrická oddělení nebo do léčebny dlouhodobě nemocných.

Tato práce se zabývá využitím nefarmakologických přístupů v **domovech se zvláštním režimem**. Ty jsou jednou ze sociálních služeb, které jsou zakotveny v §50 zákona 108

o sociálních službách z roku 2006 a svojí působností patří pod Ministerstvo práce a sociálních věcí (zákon 108/2006 Sb.).

Kromě domovů se zvláštním režimem mohou senioři s demencí využívat i další sociální služby. Následně budou popsány ty nejdůležitější. V zákoně 108 o sociálních službách jsou služby rozdělené do tří forem - na terénní, ambulantní a pobytové.

Terénní služby se poskytují v přirozeném prostředí klientů. Pro seniory s demencí sem může být zařazena služba terénní pečovatelské služby, osobní asistence nebo terénní respitní péče. Další formou jsou služby ambulantní. Sem patří zejména denní stacionáře, které zajišťují péči o klienty během dne ve vlastních prostorách. Je zde více klientů dohromady a je jim zajištěna veškerá péče po dobu, kdy je pečující rodina např. v zaměstnání. V denních stacionářích není možnost trvalého pobytu, mnohdy jsou ale spojeny s Domovy se zvláštním režimem, kdy mají klienti obou zařízení možnost využít stejný denní program (Glennner a kol., 2012).

Mezi pobytové služby patří zejména Domovy pro seniory, Odlehčovací (respitní) služba a pro seniory s demencí zejména Domovy se zvláštním režimem.

Domovy se zvláštním režimem

Osoby s Alzheimerovou demencí mají podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, jako osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického onemocnění, právo na pobyt a péči v rámci domovů se zvláštním režimem. Ty mají povinnost poskytnout svým klientům ubytování, stravu, pomoc při sebeobsluze v rámci hygieny a v běžných úkonech při péči o jejich osobu. Klienti mají také právo na společenský kontakt a aktivizační a terapeutické činnosti (zákon 108/2006 Sb.).

Domovy se zvláštním režimem jsou sociální pečovatelskou službou, která nemá zdravotnický charakter, tudíž nemusí zdravotnickou péči přímo poskytovat, ale má povinnost klientovi zdravotnickou péči nějak zajistit. Zaměstnanci domovů se zvláštním režimem jsou zejména sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, dále zde bývá zaměstnán zdravotnický personál, aktivizační pracovníci a další. Častí jsou také externí pracovníci, kteří do domova pravidelně docházejí. Těmi bývají často duchovní, kadeřníci,

lékaři. Klientům by se tak mělo dostávat pečovatelské, ošetrovatelské, zdravotnické, rehabilitační i duchovní péče (Malíková, 2011).

Klienti, kteří vstupují do domovů se zvláštním režimem, prožívají výraznou změnu ve svém životě. Opouštějí své přirozené a známé prostředí a musí se zařadit do prostředí, které je pro ně zatím úplně nové, neznámé, a kvůli tomu může být často děsivé. Proto je důležité, jak domov na klienty působí a pro splnění kvality péče by měl splňovat několik zásad. Měl by napomáhat tomu, aby přechod klienta z vlastního domova do domova se zvláštním režimem byl plynulý a bezproblémový. Klient by měl vědět, co ho čeká a jak to v domově chodí. Je důležité, aby domov klientovi zajišťoval odpovídající životní standart, v rámci bydlení, stravy a v možnostech seberealizace. Dále by měl respektovat samostatnost všech klientů, dopřát jim soukromí a nechat je svobodně rozhodovat v osobních záležitostech. Zároveň by v domově měla být dostatečná nabídka různých aktivit pro klienty a možnost sociálního kontaktu, jak s dalšími obyvateli domova, tak i s rodinnými příslušníky a kamarády, kteří v domově nežijí (Sociální služby I, 2016).

Ubytování

Poskytované ubytování by mělo být příjemné, útulné, bezpečné a klient by si v něm měl připadat co nejvíce přirozeně. Ideální je, pokud se bydlení podobá prostředí, ve kterém klient žil dříve. Každý pokoj je vybaven nábytkem a sociálním zařízením. Pokud je to možné, pokoj by si měl mít možnost klient po domluvě s personálem vybrat, před nástupem prohlédnout a zařídit si ho vlastním vybavením. V domovech se zvláštním režimem se kromě jednotlivých pokojů nachází také společné prostory, ve kterých se konají společenské aktivity, různé programy a terapie. Klienti mají možnost se zde scházet a využívat vše, co je k dispozici – např. klavír, televizi, společenské hry (Malíková, 2011).

Strava

Klienti v domovech se zvláštním režimem mají právo na stravu podávanou pětkrát denně. Strava musí vyhovovat konkrétnímu stavu klienta, jeho dietám a omezením. Klienti se povětšinou stravují ve společné jídelně, případně podle potřeby a chuti na svém pokoji. Také imobilní klienti mají právo na stravování ve společné jídelně, ať už na vozíku či na lůžku. Pečovatel vždy klientovi pomáhá s polohováním do vhodné pozice k příjmu

potraviny a následně mu v případě potřeby pomáhá s příjmem potravy. Pečovatelé také sledují, zda mají klienti dostatečný přísun tekutin, aby nedocházelo k dehydrataci (Malíková, 2011).

Osobní hygiena

Lidé s demencí povětšinou potřebují při osobní hygieně určitou míru podpory. Jelikož je ale hygiena a vyprazdňování velmi intimní záležitost, je důležité zachovávat a respektovat soukromí klienta. Při péči by se měl brát ohled na hygienické zvyklosti a návyky klienta a mělo by mu být umožněno v nich pokračovat a pouze mu při nich asistovat. Standardní asistence při osobní hygieně bývá poskytována vždy dvakrát denně, ráno a večer, a dále během dne podle konkrétní potřeby klienta. Při asistenci se věnuje pozornost omytí klienta, péči o vlasy, péči o pokožku, péči o ústní dutinu a také péči o uši, nos a oči. Alespoň jednou týdně se provádí celková koupel klienta s mytím vlasů. Další důležitou součástí péče je pomoc klientům, kteří trpí inkontinencí. Zde se musí brát zřetel na pravidelnou výměnu inkontinentních pomůcek a provádění hygieny v oblasti genitálií.

Klient má právo na rozhodnutí, kde bude hygiena probíhat a také si může vybrat, zda chce jako svého asistenta muže či ženu. (Malíková, 2011)

Běžné úkony v péči o vlastní osobu

Podle míry mobility klienta je potřebná různá míra asistence při běžných úkonech, které člověk během dne vykonává. Dopomoc bývá potřeba při přesunech, při stravování, při osobní hygieně, oblékání, úklidu a při různých volnočasových aktivitách. U úplně imobilních klientů je velmi důležité polohování klienta a také správné polohování jeho lůžka. Dále by měl mít klient možnost dosáhnout na určité potřebné předměty, např. nápoj, brýle, kapesníky atd. (Malíková, 2011).

Kontakt se společenským prostředím

V domově se zvláštním režimem by měly být pracovníky organizované různé společenské akce a možnosti volnočasových aktivit, aby klienti měli možnost společenského kontaktu. Tyto akce mohou být různé, jedná se o oslavy, přednášky, setkání u kávy či čaje, promítání filmů, taneční lekce apod. Pořádají se také akce mimo budovu domova se zvláštním režimem. Je důležité, aby se alespoň akcí v domově mohli účastnit i klienti imobilní. Ti

mají mnohem menší možnost samostatného navázání sociálního kontaktu, proto by měli pracovníci zajistit jejich bezpečnou účast na společných aktivitách (Malíková, 2011).

Sociálně terapeutické a aktivizační činnosti

Tyto činnosti mají za cíl rozvoj a udržení osobních a sociálních schopností klienta a podporují jeho sociální začlenění. Zaměřují se na silné stránky a na schopnosti klienta, které dále rozvíjí. Socioterapie je důležitou součástí péče o klienta a podporuje aktivitu klientů, jejich sebedůvěru a pocit uplatnění, zlepšuje jejich fyzický i psychický stav a rozvíjí sociální funkce. Na sociálně terapeutické metody navazují také metody aktivizační. Ty se snaží klientovi dodávat stimulační a aktivizační podněty, díky kterým se v klientovi probudí zájem o svou osobu, o uspokojování svých potřeb, klient začne mít chuť zapojit se do péče o vlastní osobu a díky tomu bude mít pocit vlastní důstojnosti a spokojenosti (Malíková, 2011).

3 Nefarmakologické přístupy

K lidem trpícím demencí je potřeba přistupovat multidisciplinárně. Péče o ně nespočívá jen v lékařských odvětvích, důležitá je i péče nefarmakologická. Ta má za cíl co nejvíce zachovat kognitivní funkce a soběstačnost klientů, zároveň odstranit nebo předejít jejich případnému problémovému chování a celkově jim zajistit dobrou kvalitu života (Holmerová a kol. 2005).

Za tímto účelem vzniklo již více přístupů (konceptů), které se v péči o seniory s demencí využívají. Jejich společným jmenovatelem je tzv. přístup orientovaný na člověka - tedy zájem o životní příběh člověka, zachování autonomie seniora s důrazem na jeho individualitu. Koncepty se zaměřují na důstojnost péče, která by se měla projevovat při každém kontaktu s daným člověkem. Většina z těchto přístupů byla formulována ve druhé polovině 20. století právě s cílem lépe přizpůsobit péči o člověka s demencí jeho individuálním potřebám a hledat cestu, jak se k těmto potřebám přiblížit a rozeznat je.

Protože těchto přístupů je mnoho, pro potřeby práce bylo vybráno pět z nich - reminiscence, validace, bazální stimulace, preterapie a Montessori přístup. Další bohužel musely být vzhledem k rozsahu práce vynechány. Patří mezi ně například psychobiografický model profesora Böhma, koncept vztahové péče, smyslová aktivizace podle Lore Wehner, sebeudržovací terapie (Selbst-erhaltungs-therapie SET) Barbary Romero a další. Do výběru byly záměrně zařazeny jak přístupy, které jsou odborné veřejnosti již nějakou dobu známé, např. reminiscence a bazální stimulace), tak přístupy, které se v České republice objevily až později, např. Montessori přístup (Janečková, Čížková, Nentvichová Novotná, 2015/3).

3.1 Reminiscence

„Vzpomínky jsou nedílnou součástí našeho života. Mohou dávat našemu životu smysl, mohou být zdrojem radosti, ale i bolesti.“ (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 9)

Vzpomínky vytvářejí naši identitu, vnímání sebe sama a provázejí nás po celý život. Ať už jde o vzpomínky vyvolané úmyslně, či o vzpomínky, které probudil okolní podnět.

K udržení své vlastní identity potřebujeme být v interakci s dalšími lidmi, kteří nás vnímají a naši osobnost respektují (Janečková, Vacková, 2010).

Záměrné využívání vzpomínek člověka za účelem zlepšování kvality jeho života se nazývá **reminiscence**. Je to metoda, která vychází zejména z důležitosti vzpomínek a vzpomínání a která ukazuje význam znalosti životního příběhu seniora při péči o něj (Špatenková, Bolomská, 2011).

Holmerová a kol. definují **reminiscenci** jako vybavování vzpomínek člověka, ať už o samotě nebo ve společnosti a **reminiscenční terapii** jako rozhovor terapeuta se seniorem o jeho životě, kdy k tomuto rozhovoru často využívá různé pomůcky – např. fotografie a dobové předměty (Holmerová a kol. 2005).

Reminiscence se využívá zejména u seniorů, protože u většiny z nich potřeba vzpomínat přichází přirozeně s přibývajícím věkem. Je to způsobeno zejména potřebou bilancovat a uzavřít tak úspěšně svůj život, vzpomínání také posiluje vědomí sebe sama v kontextu celého životního příběhu a je aktivitou dostupnou. U seniorů s demencí je pak využití reminiscence zvláště vhodné, protože pracuje s dlouhodobou, případně motorickou pamětí, která je zachovaná mnohem déle než paměť krátkodobá a vychází tak ze silných stránek člověka s demencí, z jeho zachovaných zdrojů – tedy z toho, co daný člověk ještě dokáže a při čem může zažívat úspěch (Bohlmeijer E. T. a kol. 2008).

3.1.1 Funkce reminiscence

Reminiscence může být využívána s různým cílem a vždy záleží na tom, v jaké oblasti má zlepšit kvalitu života daného člověka. Při plánování využití této metody je dobré vědět, s jakým záměrem bude použita a tomu přizpůsobit i konkrétní techniky. V této práci bude zmíněno několik základních oblastí, kdy reminiscenční přístup může být užitečný jak pro klienta, tak pro jeho okolí.

Vzpomínání na to, jak senior různé životní situace prožíval a dokázal se s nimi vypořádat v minulosti, může pomoci i v přítomnosti. **Osvědčené strategie** tak mohou posloužit i v situaci, kdy je starý člověk vystaven velkým změnám, např. při ztrátě sociální role nebo blízkých osob, při změně bydliště, při zhoršené soběstačnosti (Gibson, 2006), (Janečková, Vacková, 2010).

Společné vzpomínání vytváří příležitost pro navázání nových **vztahů** a prohloubení těch stávajících. Zvláště v období, kdy staří lidé přicházejí o své blízké vrstevníky - ať již z důvodu jejich smrti nebo z důvodu stěhování do pobytového zařízení a tím zhoršené dostupnosti scházet se s dosavadními přáteli, přináší společná setkání nad vzpomínkami příležitost nacházet vztahy nové. Společná témata a sdílení událostí ze života je tím, co vytváří nová přátelství a dává pocítit blízkost.

Sdílené vzpomínky vytváří i lepší vazby mezi klientem a personálem, protože z klienta se díky vzpomínání stává "skutečný" člověk s osobní neopakovatelnou historií. Znalost životního příběhu člověka pomáhá také **lepšímu nastavení péče**. Pokud personál ví, co má daný klient rád a zná jeho denní režim, lépe se mu bude s daným člověkem pracovat (Gibson, 2006).

Reminiscence může také posílit **vnímání vlastní hodnoty** seniora. Zvláště v situaci, kdy je senior méně soběstačný a je odkázán na podporu profesionálů, může se pro okolí vytrácet to, kým byl po celý uplynulý život. Díky vzpomínání se tak může z křehkého seniora opět stát "pan inženýr", "maminka, která vychovala tři děti" nebo "učitelka, která milovala své žáky". V životě každého člověka je něco, co lze objevit a vyzdvihnout jako něco, na co může být pyšný a co tvoří jeho identitu i v době, kdy síly odcházejí. Je velmi důležité při péči na toto pamatovat a vzpomínání velmi dobře dokáže tyto silné stránky člověka připomenout (Gibson, 2006), (Janečková, Vacková, 2010).

Reminiscence může pomoci **vyrovnat se s životními událostmi**, které byly pro člověka těžké nebo které ještě dořešené nemá. Sdílení těžkých vzpomínek v bezpečném prostředí, kdy pracovník nebo skupina blízkých naslouchá a vyjadřuje podporu, může být léčivé. (Janečková, Vacková, 2010). Terapeutickému účinku reminiscence se věnoval zejména Robert Butler, americký psychiatr a gerontolog, který vytvořil metodu "Life Review", kdy spolu se seniorem vzpomínal na jeho dosavadní život a tam, kde se vynořily vzpomínky traumatické, vytvořil prostor pro jejich zpracování (Gibson, 2006), (Janečková, Vacková, 2010).

V neposlední řadě je reminiscence aktivitou, která je pro mnoho lidí příjemná a přirozená. Vzpomínání na hezké chvíle přináší **psychickou pohodu**, naladění na okamžiky, kdy seniorům bylo dobře. Při vzpomínání ve skupině se velmi často objevuje **humor** a dobrá

nálada se přenáší na všechny účastníky skupiny. Právě pro tyto efekty společného vzpomínání bývá reminiscence zařazena jako vhodná skupinová činnost v pobytových zařízeních pro seniory (Gibson, 2006), (Špatenková, Bolomská, 2011).

3.1.2 Možnosti využití reminiscence u seniorů s demencí

Reminiscenci lze v péči o člověka s demencí realizovat velmi rozmanitým způsobem, a jak je zmíněno v předešlé kapitole, vždy záleží na záměru, který pečující má. Vzhledem k tomu, že vzpomínání je pro staré lidi přirozenou a často pozitivně vnímanou aktivitou, bývá přínosné zařadit reminiscenci do běžných úkonů péče. Zájem o životní příběh klienta může někdy pracovníkovi pomoci lépe porozumět aktuálnímu chování člověka s demencí a jeho emočním stavům. Znalost dosavadního životního stylu seniora může personálu pomoci přizpůsobit denní režim, stravovací zvyklosti, péči o tělo, vybavení a výzdobu prostředí. Lépe se budou hledat témata společné konverzace a nabídka aktivit. Využití vzpomínek a vzpomínání se tak stává čímsi, co pracovník využívá automaticky a někdy intuitivně tak, jak je to vhodné (Janečková, Čížková, Nentvichová Novotná, 2015/4).

Pokud byl například senior celý život zvyklý mít vedle své postele stolek s lampičkou a knihou, neměl by být problém toto zachovat i v domově se zvláštním režimem. Výběr knih na stolek, zvláště v období, kdy demence již pokročila, pak může být takový, aby zde senior našel tituly, které dobře zná a které mu budou připomínat hezká období jeho života (např. knihy z dětství, mládí). I rozhovor při péči se pak může odkazovat na vybrané knihy a z knih lze ve volných chvílích předčítat (Reminiscenční centrum, z. s., 2019)

Reminiscenci lze využít při individuální práci s klientem například při tvorbě individuálních plánů každodenní péče, ale i při stanovení dlouhodobějších cílů. Reminiscence může být pomocníkem při adaptaci seniora při příchodu do zařízení a ve chvílích, kdy je ohrožen sociální izolací.

Kromě toho lze reminiscenci plánovat cíleně v rámci různých programů. V současné praxi sociálních služeb najdeme nejčastěji reminiscenční skupiny, kdy senioři vzpomínají na konkrétní téma. Počet členů a obsah reminiscenčního setkání je přizpůsoben zdravotnímu stavu zúčastněných. Pokud jsou ve skupině senioři s demencí, je vhodné realizovat početně menší skupinu a program uzpůsobit tak, aby byl pro seniory s demencí srozumitelný. Pro seniory s demencí je velmi vhodné využívat i jiných než verbálních

technik. Například zpěv písní a recitace básní využívají toho typu paměti, který senioři s demencí mají dlouho zachovaný, takže zpívat mohou i senioři, kteří již běžně verbálně nekomunikují. Vzpomínky na činnosti, které senioři v mládí dělali, zase využívají motorickou paměť, která zůstává zachována také dlouho (Janečková, Čížková, Nentvichová Novotná, 2015/5).

Reminiscenci lze využít i při úpravě domovů se zvláštním režimem. Pokud prostředí klientů upravíme tak, aby bylo vybaveno předměty, které jsou jim známé a blízké, je větší šance, že se budou cítit bezpečněji a klidněji (Janečková, Vacková, 2010), (Špatenková, Bolomská, 2011).

3.2 Validace

Validace je jedním z již ověřených a hojně využívaných nefarmakologických přístupů. Autorkou tohoto konceptu je Naomi Feil, americká gerontoložka a sociální pracovnice, která na začátku své praxe v souladu s běžně používanými postupy tehdejší doby (60. - 80. léta 20. století) využívala při péči o seniory s demencí koncept péče "orientace v realitě". Poznala jeho limity a byla nespokojená s tím, jak na něj klienti reagovali. Zaznamenala, že konfrontace s realitou u nich vyvolává agresi, hněv a pocity neschopnosti a bezmoci. Proto hledala nové způsoby, jak s klienty komunikovat a lépe je pochopit. V roce 1982 publikovala svoji první knihu na téma validace a tento koncept rozvíjí až do dnešní doby (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016), (Janečková, Vacková, 2010).

Validace je přístup, jehož cílem není zlepšení fyzického stavu klienta, ale zlepšení péče o něj. Je to způsob, jak o lidi s demencí pečovat s empatií, snaha vcítit se do jejich života. Východiskem validace by měl být respekt ke každému jedinci, jeho osobnímu příběhu a jeho jedinečnosti (Procházková, 2012). Podle Feil je validace založena na postoji úcty a empatie ke starším lidem s Alzheimerovým typem demence, kteří zápasí o vyřešení nedokončených záležitostí předtím, než zemřou. Říká také, že validace přináší porozumění problémovému chování u lidí s demencí a zároveň i možnosti, jak toto problémové chování řešit. Validace pomáhá znovu najít někdy ztracenou důstojnost klientů a zabraňuje jejich úpadku do vegetativního stavu (Feil, 2015).

Podle Feil je validace založena na **deseti základních principech a hodnotách**. Říká, že všichni lidé jsou jedineční a musí s nimi být zacházeno jako s individualitami. Všichni lidé jsou hodnotní, bez ohledu na to, jak moc jsou dezorientovaní. Říká, že chování dezorientovaných velmi starých lidí má své důvody a není pouze funkcí anatomických změn v mozku, ale odráží kombinaci tělesných, společenských a psychických změn, které probíhají během života. Říká také, že staré lidi musíme brát takové, jací jsou, a nemůžeme je nutit ke změně jejich chování, pokud sami nechtějí. Zmiňuje, že starší lidé se ve chvílích, kdy kognitivní schopnosti ochabují, vrací ke svým dřívějším vzpomínkám a zkušenostem, které mohou být radostné i bolestné a senior potřebuje cítit, že může tyto své pocity vyjádřit, že ho někdo vnímá a přijímá s empatií. Tím se u seniora vzbuzuje důvěra a obnovuje jeho důstojnost (Feil, 2015), (de Klerk-Rubin, 2007).

Stav člověka s demencí je často ovlivněn jeho nevyřešenou minulostí, která mu může způsobovat úzkostné nebo agresivní stavy a ovlivňuje i jeho současný stav. Validující pracovník se snaží s klientem do jeho minulosti nahlédnout a nevyřešené problémy s ním řešit a povídat si o nich, i když je samozřejmě mnohdy vyřešit nemůže. Klientovi často pomůže jen to, pokud s ním někdo je přítomen v době, kdy se témata z minulosti promítají do jeho současného stavu. Pomáhá mu, že je respektován a ujišťován v tom, že to, co prožívá, je v pořádku. Lidé s demencí často mluví o minulosti jako by to byla přítomnost, o již zemřelých jako by byli stále živí a trápí je, pokud je personál opravuje a můžou z toho být velmi zmatení, nešťastní až zlostní. Lidé s demencí také můžou určité informace podávat historicky nepřesně, není ale dobré je opravovat nebo jim vysvětlovat, že tak, jak to podávají, to zřejmě nebylo. Jde o jejich vzpomínky, které jsou samozřejmě subjektivní a často dost nepřesné, důležité ale je, že se v nich skrývá něco, co seniora ovlivnilo a s čím se často nemůže srovnat a potřebuje někoho, kdo ho vyslechne (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016), (Feil, 2015).

3.2.1 Fáze demence dle Naomi Feil

V kapitole 1.3 bylo zmíněno, že většina autorů rozděluje průběh Alzheimerovy choroby do tří stadií. Naomi Feil popisuje stadia čtyři. Během těchto čtyř stadií lidé s demencí, které Naomi Feil nazývá "desoriented old people", řeší v mysli své nedorozumění vývojové

úkoly² tak, aby v průběhu času došlo k jejich vyřešení a lidé mohli pokojně a vyrovnaně zemřít.

Senioři s demencí tedy dle Naomi Feil s progresí nemoci prochází čtyřmi etapami, které nazývá nedostatečnou orientací, dezorientací v čase, stereotypními pohyby a vegetací (Feil, 2015).

Při etapě "**nedostatečné orientace**" si lidé s demencí ještě uvědomují svou vlastní osobnost, vnímají své „já“. Zvládají udržovat své společenské role, ale v sobě potlačují vnitřní pocity. V této etapě se může objevit "symbolizace", kdy si lidé s demencí pomocí okolních předmětů a lidí mohou nahrazovat určité významné události, věci či osobnosti ze své minulosti. Např. syn seniorky s demencí zastupuje v jejím vnímání již zesnulého manžela. Lidé v této etapě si také uvědomují svou postupnou ztrátu kontroly a čím dál větší zmatenost, často si ji ale nechtějí připustit. Proto si mohou vymýšlet příběhy, aby zakryli své chyby a obviňovat své okolí (de Klerk-Rubin, 2007), (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016).

Při druhé fázi "**dezorientace v čase**" už lidé přestávají vnímat čas a okolní realitu, uzavírají se do svého vlastního vnitřního času. Vrací se ke svým vzpomínkám, k událostem, které pro ně byly významné. Spíše než na konkrétní fakta vzpomínají na emocionální zážitky ze svého života, na situace a místa, která pro ně měla silný emocionální význam. Nejsou již schopni plně regulovat své emoce, ztrácejí sebekontrolu a schopnost přiměřeného sociálního chování (de Klerk-Rubin, 2007), (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016).

Ve třetí fázi "**stereotypních pohybů**", již lidé s demencí nejsou schopni zpracovat své vnitřní pocity a emoce. Významně se zhoršuje řeč a stává se nesrozumitelnou. Své pocity lidé vyjadřují pomocí pohybů a zvuků, které se objevovaly ještě před vlastním vývojem řeči – tzn. mlaskání, křik, naříkání. Lidé v této fázi nejsou schopni zaměřit pozornost

² Naomi Feil vychází z teorie psychologa Erika Eriksona, který dělí lidský život do osmi vývojových stadií, během nichž je člověk vystaven určitým "vývojovým krizím". Jejich úspěšné vyřešení pak přispívá ke zdravému psychickému rozvoji daného člověka. Pokud určité úkoly zůstaly během života nedořešeny, v závěru života se hlásí o pozornost a mohou být důvodem, proč člověk s demencí vykazuje určité specifické projevy chování.

na více věcí současně, cítí potřebu okamžitého uspokojení konkrétní potřeby. Objevují se také rytmické pohyby (de Klerk-Rubin, 2007), (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016).

Poslední fáze "**vegetování**" se týká lidí s demencí, kteří se již zcela uzavřeli vnějšímu světu. Lidé již nemají potřebu kontrolovat svůj vlastní život, nijak nevyjadřují své pocity, nepoznávají své okolí ani své blízké. Člověk v této fázi nevykazuje žádnou aktivitu, nedělá znatelné pohyby a verbálně nekomunikuje (de Klerk-Rubin, 2007), (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016).

Feil popisuje, že podle jejich zkušeností nemusí být člověk s demencí zařazený jen do jedné etapy, ale jeho stav se může během dne měnit. Ráno může být ještě plně orientovaný, zatímco odpoledne si již nemusí být svého okolí vědom (Feil, 2015).

3.2.2 Techniky validace

Techniky validace nejsou nijak složité a měl by se je zvládnout naučit každý, ať už odborník či laik. Podle Feil stačí i jen více než osm minut denně vést se seniorem rozhovor, při kterém ho neodsuzujeme, neopravujeme a nasloucháme mu, aby se jeho stav zlepšoval. Senior díky tomu pocítuje menší úzkost, má k někomu důvěru a pocit, že se má komu svěřit a že se může svobodně projevovat. Validační techniky jsou zajisté velmi prospěšné jak pro seniory s demencí, tak i pro jejich rodiny a pečující personál. (Feil, 2015)

Každá z technik validace může být vhodná pro jiné stádium probíhající demence. Feil uvádí celkem 14 technik validace:

Centrování.

Při centrování se jedná o to, aby se právě pečovatel připravil na práci s klientem. Jde o uvolnění vlastních emocí a frustrací, což je velmi důležité pro schopnost správně naslouchat druhému člověku (Feil, 2015). Pečovatel by se měl soustředit na svůj dech a pokusit se uvést sám sebe do stavu, kdy bude schopen empatického naslouchání (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016).

Budování důvěry neohrožujícími, faktickými slovy

Klienti, kteří procházejí procesem řešení určitých zážitků z minulosti, které je ovlivnily, a i nyní ovlivňují jejich chování, se nechtějí zabývat tím, proč se chovají právě tak, jak se chovají. Nechtějí být konfrontováni se svými pocity a svým chováním. Pečující by se měl na místo otázek „proč“, zaměřit na otázky konkrétní, tedy „kdy“, „kdo“, „co“ (Feil, 2015).

Opakování slov

Pečovatel by si měl vyslechnout, co klienta zrovna trápí, co prožívá a následně vyjádřit jeho sdělení nazpět, aby klient viděl, že problém chápe a souhlasí s ním. Napodobuje i tón a hloubku hlasu, rychlost a spád řeči. Opakování musí být upřímné a nesmí působit zesměšňujícím dojmem (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016). Klienta uspokojí, že pečovatel se s ním nehádá, ale naopak chápe jeho stanovisko a vytvoří si k němu důvěru (Feil, 2015).

Použití polarity

Při této technice se pečovatel ptá klienta na extrémy, nejkrajnější případy určité situace. Tím povzbuzuje klienta, aby si vybavil emocionálně silný zážitek. Díky tomu může člověk s demencí své pocity intenzivně vyjádřit a díky tomu prožít úlevu (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016).

Představit si opak

Tato technika se užívá k uvědomění si již ozkoušeného řešení z minulosti a používá se v případě, že klient má k pečujícímu vytvořený důvěrný vztah. Pečující se klienta ptá na opaky situací, které ho trápí. Společně tak dojdou k tomu, jak klient řešil problémové situace dříve a mohou se tím inspirovat (Feil, 2015).

Vzpomínání

Tato technika se užívá společně s představováním si opaku. Zde se také hledají metody z minulosti, díky kterým klient dříve zvládal vypjaté situace. Pomocí vzpomínání s klientem se přibližujeme pochopení toho, jak byl dotyčný zvyklý řešit stresové situace, protože v tomto věku už je pozdě na to, abychom se klienta snažili naučit nové metody (Feil, 2015). To, že objevíme obranné mechanismy, které člověk dříve využíval, nám

pomůže s překonáním současných problémů a zvládání situací, které člověk prožívá v současnosti (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016).

Udržování upřímného blízkého očního kontaktu

Díky blízkému očnímu kontaktu se klienti cítí být milováni. Projevuje se tím náklonnost pečovatele a jeho soustředěnost právě na klienta. Díky tomu jsou klienti méně úzkostní a mohou si začít uvědomovat i přítomnou realitu (Feil, 2015). Blízký oční kontakt je základním prvkem lidské komunikace a proto může pomoci lidem s demencí, kteří hledají své rodiče. Právě díky očnímu kontaktu se dokážou zklidnit (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016).

Užívání nejednoznačných výrazů

Lidé v pokročilém stádiu demence mluví často nesrozumitelně, užívají slova, která nám nejsou známá a mohou komunikovat i jen neverbálně. V těchto případech je dobré, aby pečovatel užíval neutrální výrazy. Díky tomu může s klientem komunikovat, ačkoli nerozuměl významu klientova sdělení. Vhodná jsou slova „on“, „ona“, „to“, „někdo“ a „něco“ (Feil, 2015).

Užívání zvukného, hlubokého, laskavého tónu hlasu

Pro starší lidi bývají nepříjemné vysoké jemné tóny. Proto je důležité, aby na ně pečovatelé mluvili ideálně zřetelným, hlubokým a přívětivým tónem hlasu. Takový tón hlasu klientům často připomíná hlas jejich blízkých a díky tomu je zbavuje stresu (Feil, 2015).

Pozorování a opakování pohybů a emocí

Pečovatel si u klienta všímá jeho dechu, pohybů, výrazů, gest a polohy těla a vykonává je spolu s ním, tzv. zrcadlí. Tím pečovatel ukáže klientovi, že vstupuje do jeho světa, vnímá ho a rozumí mu. Díky tomu se naváže mezi osobami kontakt a u člověka s demencí se vzbudí důvěra vůči pečovateli (Nentvichová Novotná, Janečková, 2016).

Spojování chování s nesplněnými lidskými potřebami

Když se staří lidé projevují nějakým neobvyklým chováním, křikem, bušením, neustálým chozením sem a tam, většinou se tím snaží vyjádřit určitou lidskou potřebu, které se jim nedostává. Pečovatel by si měl spojit chování klienta právě s určitou lidskou potřebou.

Nejčastěji to bývá potřeba lásky, užitečnosti nebo potřeba vyjádřit nezhojené emoce (Feil, 2015).

Rozpoznání a užívání oblíbeného smyslu

Skoro každý člověk má oblíbený některý ze svých smyslů. Pokud víme, jaký smysl je klientův oblíbený, můžeme se lépe přizpůsobit komunikaci s ním pomocí používání takových slov, která odrážejí právě tento smysl – např. vizuálně popisná slova, pokud má klient v oblibě zrakový smysl.

To, jaký smysl klient upřednostňuje, se dá dobře poznat v situaci, kdy klient popisuje nějaký svůj zážitek z minulosti. Můžeme si všimnout, zda mluví o tom, co viděl nebo se spíše zaměřuje na sluchová či hmatová vyjádření (Feil, 2015).

Doteky

Tato terapie není vhodná ve všech stádiích. Bývá účinná u klientů ve stádiu Dezorientace v čase, kdy klienti často již tratili sluch, zrak i své obranné mechanismy. Právě kvůli ztrátě sluchu a zraku se mohou cítit ostraněni a potřebují cítit přítomnost jiných osob. Samozřejmě i u lidí vyskytujících se ve stádiu Dezorientace v čase se může stát, že někomu jsou pohyby cizího člověka nepříjemné, a proto si pečovatel musí dát pozor, aby při jakémkoli náznaku toho, že klientovi fyzický dotek není příjemný, přestal a zachoval jeho osobní prostor (Feil, 2015).

Užívání hudby

Hudba lidem pomáhá ve všech stádiích. Nejdříve klientům dodává energii a připomíná jim jejich vzpomínky. Následně ve stádiu Stereotypních pohybů, se často může stát, že ačkoli už lidé nejsou schopni se vyjadřovat slovy, tak slova písní si pamatují. Je tedy možné s nimi navázat komunikaci alespoň přes hudbu (Feil, 2015).

3.3 Preterapie

Preterapie je metoda, kterou vyvinul americký psycholog Garry Prouty, a která má za cíl umožnění kontaktu a komunikace s lidmi, kteří z nějakého důvodu nereagují na terapeutické působení. Jedná se jak o lidi s mentální retardací, lidi s duševním

onemocněním nebo o dlouhodobě hospitalizované pacienty (Prouty, Werde, Pörtner, 2005). Vhodná je tedy i u seniorů s demencí, zvlášť v pokročilejších stádiích nemoci.

Jako výchozí bod Prouty buduje „psychologický kontakt“ mezi jedincem a terapeutem. Právě tohoto kontaktu ale klienti mnohdy nejsou schopni, tudíž se Prouty snaží jim jejich vlastní prožitky zprostředkovat a to tzv. **zrcadlením** (Prouty, Werde, Pörtner, 2005).

Zrcadlení je umožněno díky pozorování klienta, kdy pečovatel pozoruje klientovy pohyby, postoje, jeho chování vůči okolí a naslouchá mu. Následně tyto vjemy zrcadlí – verbálně či neverbálně. Pomáhá tím klientovi uvědomit si své vlastní pocity a své chování a díky tomu navázat kontakt s okolím (Janečková in Matoušek, 2013).

Psychologický kontakt lze vymezit ve třech úrovních. V kontaktní reflexi, která se týká práce terapeuta, kontaktní funkci, pod kterou spadá funkce klienta a kontaktním chováním, což je výsledek zlepšení chování klienta v oblasti kontaktních funkcí na základě kontaktních reflexí (Prouty, Werde, Pörtner, 2005).

Kontaktní reflexe - Metoda zrcadlení

Kontaktní reflexe jsou techniky, které se využívají v situacích, kdy klient není schopen navázat kontakt pro provádění preterapie. Musí se provádět velmi citlivě a s respektem ke zvláštnostem regradovaného chování klienta. Je možné vytyčit pět druhů kontaktních reflexí, a to situační, obličejovou, tělovou, slovně reproduktivní a zopakovanou reflexi (Prouty, Werde, Pörtner, 2005).

Při situační reflexi si pracovník všímá aktuálního dění okolo klienta. Toho, kde se klient nachází, v jakém je rozpoložení, co zrovna provádí za činnost, jaké je okolo něj prostředí atd. U obličejové reflexe sleduje tvář klienta a jeho výrazy vyjadřující konkrétní emoce, které následně reflektuje. U některých klientů se může objevit neobvyklé držení a postavení těla, zvláštní gesta a pohyby. Takové situace vyzývají k tělové reflexi, kterou lze provádět buďto slovně, kdy situaci pracovník komentuje, nebo může použít zrcadlení neverbální, při kterém reflektuje i určité pohyby klienta. Slovní reproduktivní reflexe pomáhá v případech, kdy je klient již na předřečové úrovni a vyjadřuje se jen v nesouvislých větách nebo ojedinělých slovech. Ačkoli sdělení klienta pracovník nerozumí, tak jeho slova reflektuje. Klient se díky tomu cítí pochopený a cítí, že je také

součástí komunikace, což ho povzbudí v dalším vyjadřování. Zopakované reflexe vycházejí z tzv. opětovného kontaktu. Pokud pracovník vidí, že se některá z předchozích reflexí osvědčila, použije ji znovu. Opětovný kontakt může použít jak okamžitě, pokud vidí, že určitá reflexe na klienta zapůsobila a po krátké chvíli ji zopakuje, nebo může opětovný kontakt využívat i dlouhodobě, tzn. zavést reflex z předešlých setkání i při setkáních následujících (Prouty, Werde, Pörtner, 2005).

Kontaktní funkce

Kontaktní funkce jsou zaměřeny na vědomí klienta a jeho rozvoj v oblasti realitního, emocionálního a komunikačního kontaktu (Prouty, Werde, Pörtner, 2005).

Realitní kontakt se zaměřuje na uvědomění si světa, ve kterém se nacházíme. Jedná se o vnímání jak lidí a věcí okolo nás, tak i událostí, které se nám dějí, a také sem zapadá vnímání času. Emocionální kontakt se naopak zaměřuje na vnímání našich vlastních vnitřních pocitů. Jde o uvědomování si svých vlastních nálad a emocí a možností tyto své pocity popsat nebo jinak vyjádřit. Komunikační kontakt je předání informací našeho vnímání dvou předchozích oblastí, tedy reality a emocí, druhým lidem, a to za pomoci slov a vět (Prouty, Werde, Pörtner, 2005).

Kontaktní chování

Jde o změny chování klienta, které nastanou v důsledku působení kontaktních reflexí na klienta a ovlivní jeho kontaktní funkce. Preterapie předpokládá zvýšení realitního, emocionálního i komunikačního kontaktu klienta na základě metod preterapie (Prouty, Werde, Pörtner, 2005).

Díky preterapii je tak člověk s demencí schopný dát okolí najevo své emoce, přiblížit mu svou realitu a zároveň vnímat okolní reálný svět. Zlepšuje se možnost klienta účastnit se různých terapií a programů. Díky preterapii se také může zlepšit komunikace mezi klientem a pečovateli, a díky tomu se zvyšuje kvalita života klienta, protože může být vyhověno jeho aktuálním potřebám (Janečková in Matoušek, 2013).

3.4 Bazální stimulace

Autorem konceptu Bazální stimulace je Andreas Fröhlich, speciální pedagog z Německa, který se zabýval prací s dětmi s těžkým kombinovaným tělesným a mentálním postižením. Fröhlich vycházel z prenatálního období vývoje plodu, kdy dítě již před narozením vnímá mnoho podnětů a je v kontaktu s matkou. Dítě vnímá své tělo, vnímá, jak roste a pomocí končetin zkoumá okolní prostředí. Je také schopné zachytit vibrace, které vznikají dýcháním, tlukotem srdce a také hlasem matky a hlukem z okolí. Díky pohybu matky je dítě také už v prenatálním stádiu vystaveno změnám polohy, právě díky změnám polohy matky a jejím pohybům. Právě z těchto procesů vnímání plodu vychází tři základní oblasti stimulace – somatická, vibrační a vestibulární – pomocí kterých navazujeme kontakt s člověkem (Friedlová, 2018), (Vítková in Müller, 2014), (Vítková, Pipeková, 2001). Podle Fröhliche můžeme tedy za základní stavební prvky bazální stimulace považovat právě stimulaci somatickou, vibrační a vestibulární, jelikož se vztahují k nejranějším a nejzákladnějším formám vnímání člověka. A na nich můžeme následně pokračovat v rozvíjení pomocí dalších oblastí – optickou, auditivní, orální, čichovou a taktilně – haptickou stimulací (Vítková in Müller, 2014).

Jak již bylo zmíněno, Fröhlich vytvořil koncept bazální stimulace původně zejména pro péči o jedince s těžkým kombinovaným postižením, postupně se ale začal využívat v mnoha dalších oblastech. Jeho pozitivní vliv na člověka můžeme pozorovat jak u lidí s postižením, tak u pacientů v komatu nebo právě při péči o lidi s demencí (Friedlová, 2018).

3.4.1 Využití bazální stimulace u seniorů s demencí

Friedlová zmiňuje několik oblastí, ve kterých se díky bazální stimulaci zlepšuje stav seniora s demencí. Bazální stimulace může pomoci při komunikaci s klientem, kdy pomáhá porozumět komunikačnímu stylu klienta. Dále pomáhá pomocí terapeutických metod aktivizovat klienta s demencí a zapojit ho do smysluplných aktivit. U klientů, u kterých se projevuje agresivita a neklidné chování, může díky bazální stimulaci dojít ke zklidnění a poklesu negativních prvků chování. Koncept bazální stimulace může vyvolat i u lidí s těžkým stupněm demence prvky inteligentního chování (Friedlová, 2012).

Při využití Bazální stimulace při péči o klienty s demencí vycházíme vždy z celistvosti a individuality jedince. Musíme zhodnotit jeho aktuální životní situaci a stav klienta a na základě toho vybrat vhodné stimuly. Stimulací jednotlivých smyslů může u seniorů dojít k vybavení a obnovení určitých životních návyků, které jsou uloženy v paměťových dráhách člověka (Friedlová, 2012).

Friedlová uvádí dvě základní oblasti stimulace u seniorů s demencí, stimulaci somatickou a vestibulární (Friedlová, 2012).

Somatická stimulace

Somatická stimulace vychází z vnímání vlastního těla, které je ale závislé na mobilitě člověka. Spousta seniorů se postupně stává imobilními a z toho důvodu se mění jejich vnímání ohledně svého těla. Somatická stimulace by jim měla pomoci si znovu uvědomit své tělesné schéma a díky tomu i zlepšit vnímání sebe sama. Při somatické stimulaci se využívají aktivizující a stimulující masáže, polohování a také asistence při každodenních sebeobslužných činnostech, jako je např. asistované česání, koupele a krmení. U těch je velmi prospěšné zjistit, na jaké rituály a hygienické návyky je klient zvyklý a umožnit mu v nich, za naší asistence, pokračovat. (Friedlová, 2012). Somatická stimulace má klientovi pomoci vnímat své tělesné schéma a zprostředkovat mu vjemy ze svého těla. Cílem je, aby si klient své vlastní tělo znovu uvědomoval a vnímal ho, což je důležitý předpoklad pro navazování kontaktu s okolním světem a orientaci v něm (Friedlová, 2018). Důležitým prostředkem somatické stimulace je **dotek** a jeho kvalita. Doteky pečujících by měly být promyšlené, příjemné a kvalitní, aby klientovi předávaly správné vjemy. Nesmí v klientovi vzbuzovat nepříjemné pocity. Vyvarujeme se chaotických a uspěchaným pohybů a doteky provádíme celou plochou ruky. Doteky se využívají v několika technikách, například při polohování, aktivizačních a uklidňujících masážích, při podpoře a stimulaci dýchání atd. (Friedlová, 2018).

Vestibulární stimulace

Vestibulární neboli rovnovážné ústrojí může postupně s věkem ochabovat. Friedlová popisuje, jak můžeme díky vestibulární stimulaci aktivovat mozkovou činnost a zlepšit svalový tonus zejména šíjových a zádočných svalů a svalů dolních končetin (Friedlová,

2012). Pokud má člověk omezené možnosti, nemusí se mu dostávat dostatek vestibulárních podnětů, jelikož celý den sám od sebe nemění polohy. Kvůli tomu může u jeho rovnovážného ústrojí docházet k habituaci. U člověka se potom můžou objevit různé problémy, např. nauzea, dezorientace v prostoru, bolesti hlavy, hypertonus či hypotonus. Právě takovým situacím se dá předcházet pomocí bazální stimulace nebo takovou již nastalou situaci zlepšit (Friedlová, 2018). Vestibulární stimulace se může provádět jak v leže nepatrnými otáčivými pohyby hlavou klienta, tak i v sedě houpavými pohyby jako je například tzv. pohyb ovesného klasu v ovesném poli, kdy pečovatel sedí za klientem, fixuje jeho tělo a vykonává ležaté osmičky. Využívají se také různé pomůcky, např. závěsné sítě, trampolíny, houpačky atd. (Friedlová, 2018).

Dále se v péči o seniory s demencí využívá taktilně-haptické, olfaktorické, orální, auditivní a čichové stimulace, které pomáhají vytvářet bezpečné, přívětivé a podnětné prostředí (Friedlová, 2012).

3.5 Montessori přístup

Přístup Montessori nese své jméno po zakladatelce Montessori pedagogiky Marii Montessori. Ta žila v Itálii v 19. – 20. století a jako první žena se stala v Itálii lékařkou. Pracovala s dětmi s duševní retardací a vyvrátila mýtus, že se tyto děti nedají vzdělávat. Zastávala nový přístup výuky a rozvoje dětí, který by se dal popsat jejím nejznámějším citátem „*Pomoz mi, abych to udělal sám*“. Montessori pedagogika je tedy založená zejména na tom, nechat člověka objevit nové věci svépomocí a poskytnout mu k tomu vhodné prostředí, které pro něj bude podnětné a pomůže mu dojít k vlastnímu řešení (Wehner, Schwinghammer, 2013). Švarbachová popisuje, že Montessori vycházela z toho, že i děti, které jsou brány za nevzdělavatelné, se mohou v různých oblastech rozvíjet o mnoho více, než by se od nich očekávalo, pokud se jim ovšem dostane vhodných podnětů a budou motivovány (Švarbachová, 2016).

Jak již bylo zmíněno, Montessori přístup tedy vzniknul s účelem přirozeného rozvoje dětí. Jsou však i jiné oblasti, kde se tento přístup v péči využívá. Švarbachová uvádí důležitost Montessori přístupu v péči o seniory s demencí, ačkoliv se cíle tohoto přístupu

v gerontologii liší od cílů v péči o děti. Děti mají před sebou ještě celý svůj život a postupně se v různých činnostech zdokonalují, senioři naopak v hodně schopnostech, které dříve měli, ochabují. Proto je Montessori přístup v péči o seniory zaměřený zejména na využívání funkcí, které člověk stále ještě ovládá. Vyvaruje se toho, aby se lidem dávalo najevo, co už nedokáží a naopak se snaží posilovat jejich sebevědomí v těch činnostech, kterých jsou stále schopni (Švarbachová, 2016).

Marie Montessori se snažila o to, aby bylo každému jedinci umožněno být nezávislý, sebevědomý, mít smysluplné místo ve své komunitě a být jí prospěšný a také mít šanci na příznivou budoucnost. U těchto cílů je vidět, že se vztahují nejen na práci a rozvoj dětí, ale jsou to i cíle, které se snažíme zajistit právě při péči o seniory s demencí (Švarbachová, 2016).

Montessori přístupy založené na rozvoji mysli, budování samostatnosti a sebeúcty se dají lehce uplatnit právě při péči o seniory s demencí. Tam se Montessori metody zaměřují jak na člověka s demencí, tak i na úpravu prostředí okolo něj. Marie Montessori se snažila vytvořit takové prostředí, které bude dítě podporovat v jeho rozvoji. Při péči o seniory s demencí využíváme stejnou myšlenku s tím, že je potřeba upravit celé prostředí, ve kterém se senior pohybuje, tvoříme tzv. **třídy činností**. Ty se zaměřují na čtyři základní okruhy: praktický život, zapojení smyslů, kognitivní trénink a kulturní a sociální vazby. Takové prostředí by mělo seniorovi s demencí zajistit lepší orientaci, větší samostatnost a možnost samostatného vykonávání určitých činností, mělo by stimulovat jeho smysly a podněcovat ho k dalším aktivitám (Kelly, 2017).

Wehner a Swinghammer uvádějí rozdělení využití Montessori přístupu v geragogice do sedmi oblastí, a to na náboženskou výchovu, činnosti a cvičení všedního dne, smyslovou oblast, řeč, matematiku, kosmickou výchovu a hudbu (Wehner, Swinghammer, 2013).

V následující části bude každá oblast blíže specifikována a bude vyjasněné její využití v péči.

Náboženská výchova

Jak zmiňují Wehner a Schwinghammer, víra je velice intimní záležitost a samozřejmě má u každého jedince jinou hodnotu v životě. Pro mnoho lidí je ale nedílnou součástí jejich života, dodává jim sílu a naději, pomáhá jim překonávat těžká období (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Činnosti a cvičení všedního dne

Ať už je senior s demencí v domácí péči nebo využívá denního stacionáře či domovu se zvláštním režimem, je pro něj situace, kdy o něj někdo pečuje a dělá za něj běžné každodenní úkony, velkou změnou. Senior určitou podporu jistě potřebuje, je ale důležité, aby si zachoval pocit soběstačnosti a vlastní důležitosti. Pokud seniorovi neumožníme konat činnosti, na které byl zvyklý, může to negativně ovlivnit jeho sebedůvěru a radost ze života. Člověku můžeme dopřát vykonávání činností, které stále ještě ovládá a zároveň mu asistovat u činností, které už sám nezvládne (Švarcbachová, 2016), (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Smyslová oblast

U seniorů, kteří mají demenci, často zůstávají senzorické funkce zachovány. Člověk vnímá okolní podněty a ty, které jsou pro něj příjemné, v něm vzbuzují radost, ty nepříjemné ho můžou naopak odpuzovat (Zgola, 2013).

Pokud naše smysly nemají dostatek podnětů, začnou postupně ochabovat a slábnout. Proto je povzbuzování a podněcování smyslů u seniorů velmi důležité a žádoucí. Nejen že je smyslové vjemy mohou povzbudit a nabít pozitivní energií, mají také schopnost vyvolávání vzpomínek. Známé podněty si člověk pamatuje velmi dlouho, aniž by si to mnohdy uvědomoval. Při aktivizaci smyslového vnímání se pomocí různých podnětů můžou člověku vybavit vzpomínky a dojmy, které mu tento vjem připomínají (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Řeč

Wehner a Schwinghammer popisují, jak důležité je pro řeč možnost jejího každodenního využívání v různých situacích. Měli bychom dbát na to, abychom při péči o seniora s demencí zajišťovali dostatečné množství situací, při kterých má klient možnost cvičit jak

pohotovost v řeči, tak i pouhou schopnost vyjádřit se. Také nesmíme zapomínat na náš vlastní projev, který musí být pro seniora jasný a zřetelný, aby se společné komunikace mohl vůbec stát součástí (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Matematika

Jak zmiňuje Wehner a Schwinghammer, matematika nás provází celým životem. Ať už jen v praktických záležitostech, jako je placení v obchodě či odměřování poměrů při vaření, nebo i v rámci zaměstnání. V situaci, kdy se senior ocitne v péči jiných lidí, najednou ztrácí potřebu využívat své matematické dovednosti, což mu může mnohdy chybět. Je dobré zařadit do péče aktivity, které klientům umožní využívání jejich znalostí, i když už nejsou takové jako dřív (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Výchova o vesmíru

Zkoumání a přemýšlení o vesmíru a jeho zákonitostech je pro seniory často velice láková a zajímavá oblast, které se rádi věnují. Proto můžeme do programu péče zahrnout exkurze, přednášky či debaty, které se tohoto tématu týkají. Senioři tím získají nové poznatky a zážitky, jejichž ukotvení v paměti klienta můžeme umocnit tím, že poznatky spojíme i se smyslovými vjemy (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Hudba

Hudba je při péči o seniory velice významnou a vděčnou součástí. Právě díky hudbě se může povést aktivizovat i seniory, kteří se nechtějí účastnit jakýchkoli aktivit a izolují se. Zároveň hudba vyvolává spousty vzpomínek, které člověka při poslechu provází (Wehner, Schwinghammer, 2013). Dalším jejím využitím je spojení hudby s pohybem. Jak zmiňuje Zgola, cit pro rytmus často zůstává u člověka dlouho zachován, tudíž je dobré spojit poslech hudby i s tancem a motorickými činnostmi. Samozřejmě se musí brát ohled na mobilitu klienta, ale i samotné pohupování se do rytmu může být pro člověka stimulujícím a radostným zážitkem (Zgola, 2013).

Empirická část

4 Cíle a metodologie výzkumu

V teoretické části byla popsána problematika seniorů s demencí a laické i profesionální péče. Bylo popsáno pět vybraných nefarmakologických přístupů, jejichž využívání v domovech se zvláštním režimem bude předmětem empirické části práce.

4.1 Výzkumný problém

V odborné literatuře lze najít velké množství více či méně známých nefarmakologických přístupů, které lze při péči o seniory s demencí využít. V každém z těchto přístupů se lze vyškolit, jen časová a finanční náročnost daného vzdělávání bývá různá.

Bylo vybráno pět přístupů tak, aby mezi nimi byly jak ty známější (reminiscence, bazální stimulace), tak ty méně známé (preterapie). Přístupy, ve kterých se lze vzdělat relativně snadno (reminiscence, Montessori přístup) a přístupy, kde je vzdělání délkou i financemi náročnější (validace). Montessori přístup byl vybrán proto, že mnoho lidí si ho spojuje se vzděláváním dětí a jeho využití u seniorů s demencí může být pro někoho překvapivé. Validace je zase přístup, který chápe demenci zcela specifickým způsobem a k tomu se váže i následná péče.

Při studiu jednotlivých přístupů se nabízí otázka, zda jejich principy mohou být pro pracovníka s jistou mírou empatie samozřejmé i bez toho, aby byl v daných přístupech znalý a vzdělaný. Lze tedy zkoumat, zda lze najít souvislost mezi využíváním prvků jednotlivých přístupů při péči a znalostí těchto přístupů. Tj. zda prvky jednotlivých přístupů využívají pracovníci vyškolení v daných přístupech nebo zda se zde najde i nějaké procento těch, kteří dané prvky využívají intuitivně.

Výsledkem těchto úvah je formulace výzkumného problému - tedy to, zda pracovníci domovů se zvláštním režimem znají vybrané nefarmakologické přístupy v péči o seniory s demencí, zda jsou v nich vyškoleni, zda je při péči o klienty používají a zda jim přijdou prospěšné. A také zda lze najít souvislost mezi znalostí jednotlivých přístupů a využíváním prvků daného přístupu v praxi nebo zda jsou prvky těchto principů využívány v praxi, aniž by pracovníkům bylo známo, že tyto prvky pod určitý přístup spadají.

Výzkumný problém je zformulován do šesti základních výzkumných otázek, na které se pokusí výsledky výzkumného šetření odpovědět.

Výzkumné otázky

1. Jaké mají pracovníci domovů se zvláštním režimem znalosti o pojmu "nefarmakologické přístupy"?
2. Jsou pracovníci domovů se zvláštním režimem vyškoleni v některém z nefarmakologických přístupů?
3. Jaké jsou názory pracovníků domovů se zvláštním režimem na vybrané nefarmakologické přístupy?
4. Využívají pracovníci domovů se zvláštním režimem prvky vybraných nefarmakologických přístupů v péči o seniory s demencí?
5. Shoduje se názor pracovníků na využívání konkrétních nefarmakologických přístupů s reálným využíváním jejich prvků při péči?
6. Jaká je souvislost mezi pracovní pozicí a využíváním prvků vybraných nefarmakologických přístupů?

4.2 Design výzkumného šetření

Výběr metody – dotazníkové šetření

Pro dosažení cíle a získání odpovědí na zformulované otázky byla vybrána metoda kvantitativního výzkumu, konkrétně dotazníkové šetření. Byla zvolena z toho důvodu, že pro výzkumné šetření je důležité získat odpovědi od co největšího počtu respondentů z dané cílové skupiny. Záměrem je získat od respondentů konkrétní data a následně tato data analyzovat. Vyhodnocení dotazníku je statisticky jasné a pro účel práce se tedy dotazníkové šetření jeví jako vhodná metoda (Punch, 2008), (Hendl, Remer, 2017).

Dotazník je na základě výzkumných otázek rozdělen do tří částí:

1. Údaje o respondentech (výzkumný soubor).

Tato část má za cíl ukázat, kdo jsou respondenti, kteří dotazník vyplnili. Zda je tato skupina genderově, věkově, délkou praxe a pracovními pozicemi vyvážená nebo zda

nějaká skupina převažuje, což lze u některých údajů (například genderové rozložení) očekávat.

2. Znalost nefarmakologických přístupů, zkušenost s nimi a vzdělání v těchto přístupech.

Tato část dotazníku ukazuje, zda je pracovníkům známý pojem „nefarmakologické přístupy“ a co se jim pod tímto pojmem vybaví. Dále zda znají pět vybraných nefarmakologických přístupů a zda je podle svého názoru využívají v praxi. Nakonec by měl ukázat, zda jsou pracovníci v některém z přístupů vzdělání a co si o vzdělávání v těchto přístupech myslí.

3. Využití jednotlivých prvků nefarmakologických přístupů.

Pro každý z pěti přístupů jsou vybrány tři prvky. Respondenti odpovídají pomocí škály, zda konkrétní prvek při péči používají, aniž by věděli, kterého přístupu se týká. Porovnání této a druhé části dotazníku by pak mělo dát odpověď na to, zda pracovníci přístupy používají díky znalosti přístupu nebo spíše intuitivně. K porovnání bude využita metoda korelace. Ta uvádí sílu vztahu dvou proměnných. Konkrétně bude použit Pearsonův korelační koeficient, ten nabývá hodnot mezi čísly -1 a 1. Lze pozorovat korelaci kladnou, kdy jsou vyšší hodnoty jedné proměnné spojené s rostoucími hodnotami i druhé proměnné, korelaci zápornou, kdy jsou s vyššími hodnotami jedné proměnné hodnoty druhé proměnné nižší nebo korelaci rovnou 0, kdy na sobě proměnné nejsou závislé. Statistický test pak ukáže, zda je tento korelační koeficient významný nebo ne (Hendl, Remer, 2017).

Dotazník je tvořen jak uzavřenými, tak otevřenými otázkami a také otázkami se škálovacími odpověďmi.

4.3 Průběh výzkumu

Po vytvoření dotazníku bylo třeba ověřit, zda je sestaven správně. Pilotní verze byla zaslána vybraným pracovníkům a po získání zpětné vazby byly některé otázky opraveny a byla připravena konečná verze dotazníku.

Pro výzkumné šetření bylo potřeba získat odpovědi od co největšího počtu respondentů - pracovníků domovů se zvláštním režimem v České Republice.

Pomocí registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV bylo možné získat emailové adresy všech domovů se zvláštním režimem na území České Republiky, které mají uvedenou cílovou skupinu seniorů. Následně byl na 135 adres rozeslán email s elektronickým dotazníkem a s prosbou pro pracovníky zařízení o jeho vyplnění. V případě zájmu byla také nabídnuta možnost zaslání vytištěných dotazníků poštou a této možnosti několik domovů využilo. Dotazníky zaslané poštou byly následně přepsány do elektronické verze. Bylo shromážděno 134 dotazníků. Pokud u některé otázky součet odpovědí neodpovídá 134, je to z důvodu, že někteří respondenti na danou otázku neodpověděli.

4.4 Výzkumný soubor

První část dotazníku se týkala výzkumného souboru. Cílem bylo získat informace o respondentech, kteří dotazník vyplňovali. Otázky se týkaly pohlaví, věku, vzdělání, pracovní pozice a let praxe dotazovaných. Pomohly také ověřit, že respondenti jsou skutečně zaměstnaní v domovech se zvláštním režimem.

Většinu dotazovaných, 127 respondentů, tvořily ženy. 7 respondentů bylo mužského pohlaví a ti byli většinou v domovech se zvláštním režimem na ředitelské nebo manažerské pozici.

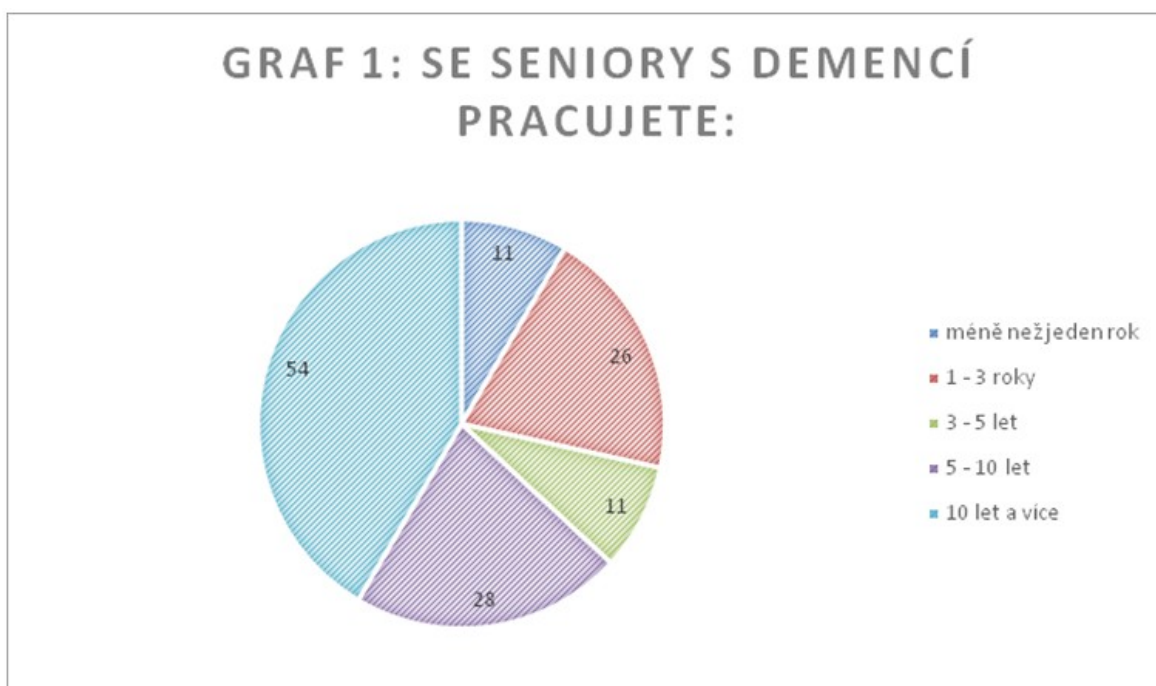
Věk dotazovaných byl vcelku rovnoměrně rozložen, dle dotazníků pracuje v domovech se zvláštním režimem věkově různorodý kolektiv. Nejvíce pracovníků, 46 respondentů, se pohybuje v rozmezí 41 – 50 let a nejméně, 21 respondentů, mezi 21 -30 lety. Nikdo z respondentů nebyl mladší 20 let.

Další část dotazníku se zajímala o **dosažené vzdělání respondentů** a jejich kvalifikaci k práci v oboru. Zde se ukázalo, že nejvíce respondentů, 54, má středoškolské vzdělání. Téměř polovina respondentů má vzdělání vysokoškolské, z čehož asi 30 respondentů bakalářské a 34 respondentů magisterské nebo vyšší. 14 respondentů má vyšší odborné vzdělání a 2 respondenti základní vzdělání.

Na otázku o **kvalifikaci k výkonu práce v sociálních službách** naprostá většina dotazovaných, 96 respondentů, odpověděla, že má řádné vzdělání v oboru sociální práce. Dalších 24 respondentů má kurz pro pracovníky v sociálních službách.

Dále dotazník zjišťoval, v jakém **typu sociální služby** respondenti pracují a na jaké pozici. Účelem otázky na typ sociální služby bylo ověřit, zda dotazník vyplňují opravdu zaměstnanci domovů se zvláštním režimem (někdy bývá domov se zvláštním režimem součástí dalších sociálních služeb a email s dotazníkem tedy mohl být rozeslán i těm, kteří neodpovídali cílové skupině). Nicméně všichni respondenti v domově se zvláštním režimem pracovali.

Délka praxe respondentů v práci s lidmi s demencí byla různá. Nejvíce respondentů, 54, uvedlo, že s lidmi s demencí pracují déle než 10 let. 28 respondentů uvedlo, že s lidmi s demencí pracují 5 – 10 let a 26 respondentů 1 – 3 roky. Nejméně respondentů, 11, uvádělo, že jsou v praxi buď méně než jeden rok nebo 3 – 5 let (viz graf 1).



Název grafu 1 se shoduje s názvem otázky uvedené v dotazníkovém šetření

Pracovní pozice respondentů byly různé. Byly zde vcelku vyvážené čtyři nejčastější odpovědi, a to sociální pracovníce/pracovník, zdravotnický personál, pečovatel/pečovatelka a nejčastější odpověď, že respondent má jinou pracovní pozici, než která je uvedena v možnostech. Zde bylo pomocí doplňující otázky zjištěno, že se nejčastěji jedná o pozici vedoucího oddělení, vrchní sestry, případně ergoterapeuta, koordinátora a pozice manažerské (viz graf 2).



Název grafu 2 se shoduje s názvem otázky uvedené v dotazníkovém šetření

Z výše uvedených údajů lze vyčíst, že většina respondentů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, byly ženy rozmanitého věku a pracovního zaměření, nejčastěji se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním.

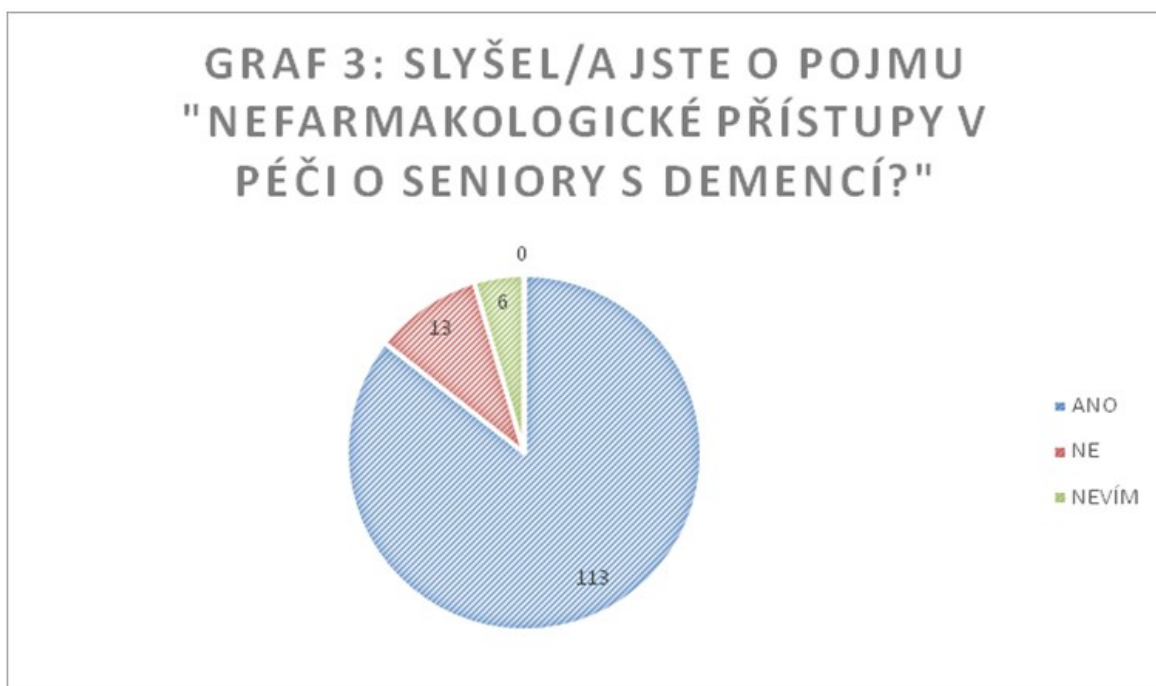
4.5 Výsledky

4.5.1 Znalost pojmu "nefarmakologické přístupy v péči o seniory s demencí"

Druhá část dotazníku se týkala znalosti respondentů o nefarmakologických přístupech. Nejprve o nefarmakologických přístupech obecně a dále o pěti vybraných.

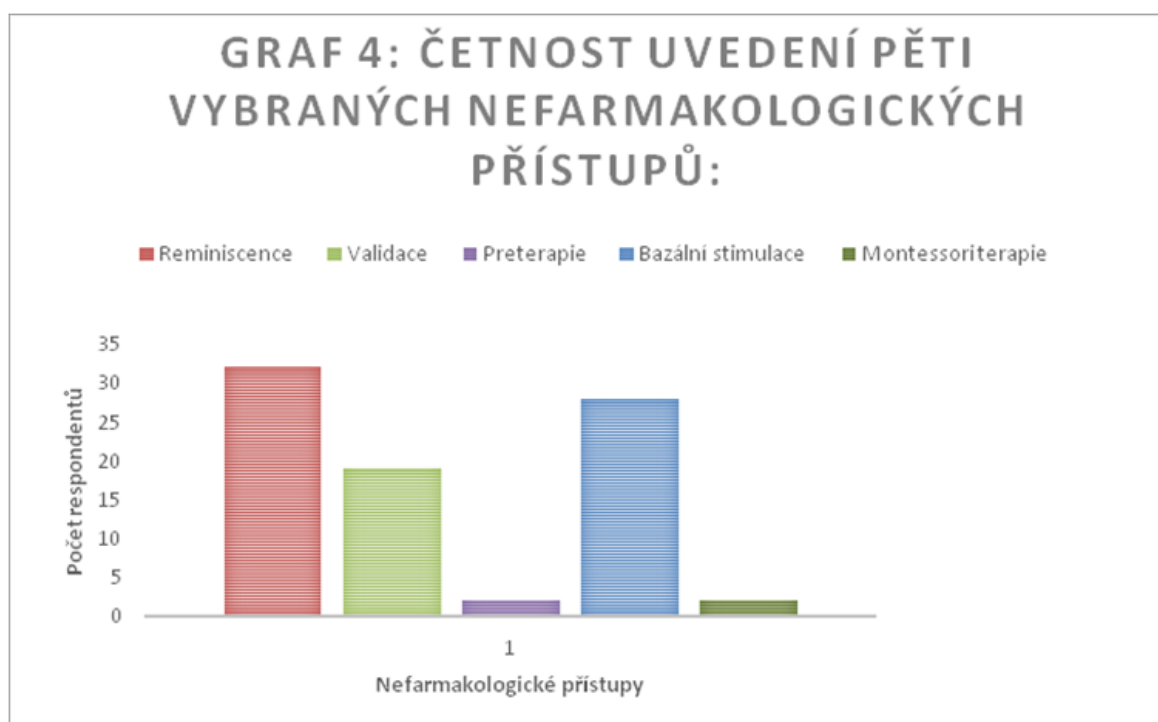
První otázkou v této části je, zda si respondenti pod pojmem „nefarmakologické přístupy“ vůbec něco představí, přičemž následuje možnost rozepsat se o tom, co se jim vybaví.

V grafu 3 je vidět, že naprostá většina dotázaných již pojem „nefarmakologické přístupy v péči o seniory s demencí“ slyšela.



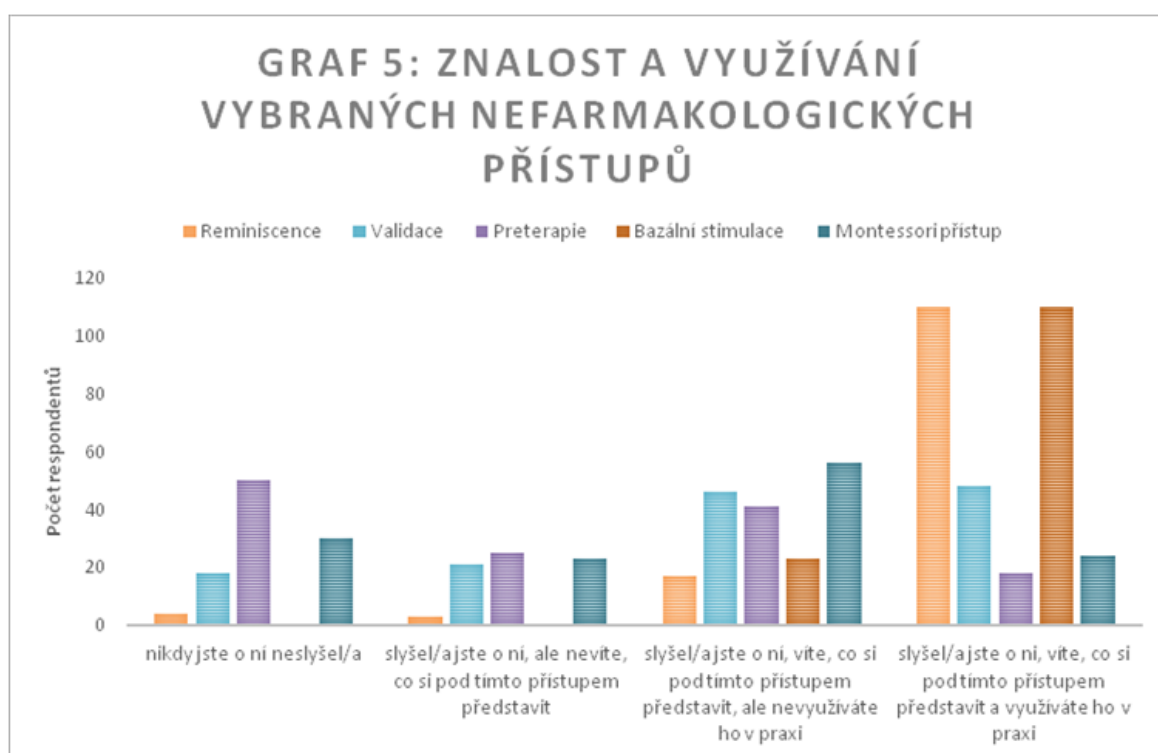
Název grafu 3 se shoduje s názvem otázky uvedené v dotazníkovém šetření

V otevřené otázce, kde mohli respondenti napsat, co se jim při pojmu "nefarmakologické přístupy" vybaví, se nejčastěji vyskytovala odpověď „reminiscenční terapie, bazální stimulace, validace, muzikoterapie, arteterapie, canisterapie“. V grafu 4 lze vidět, jak moc si dotazovaní vybavili pět přístupů vybraných pro účely tohoto výzkumu. Z nich byla nejčastěji zmiňována reminiscence a bazální stimulace, hodně dotazovaných si vybavilo i validaci. Naopak preterapii a Montessori přístup si pod pojmem nefarmakologické přístupy představili jen dva dotázaní.



4.5.2 Znalost a využívání vybraných nefarmakologických přístupů

Další část dotazníku je věnovaná již konkrétním nefarmakologickým přístupům, tedy reminiscenci, validaci, preterapii, bazální stimulaci a Montessori přístupu. U každého z přístupů měl dotázaný vybrat jednu z možností na základě toho, zda o tomto přístupu již slyšel, zda ví, co si pod ním představit a zda ho využívá v praxi.



a) Reminiscence

Ukázalo se, že reminiscenci zná a využívá 110 respondentů. 17 respondentů o ní slyšelo a ví, co si pod ní představit, ale při své práci ji nevyužívá. Jen u 7 respondentů se jedná o přístup, u kterého nevědí, co si pod ním představit.

b) Validace

Validaci zná a využívá 48 respondentů. Podobné číslo, 46 respondentů, ji zná, ale ve své praxi nevyužívá. 21 respondentů o validaci pouze slyšelo a 18 respondentů o validaci nikdy neslyšelo.

c) Preterapie

Preterapie je nefarmakologickým přístupem, o kterém nikdy neslyšelo 50 respondentů. 25 respondentů tento pojem sice slyšelo, ale neví, co si pod ním představit. 41 respondentů preterapii zná, ale při péči ji nevyužívá. Pouze 18 respondentů preterapii zná a při péči ji využívá.

d) Bazální stimulace

Bazální stimulaci zná a ve své práci využívá 110 respondentů. Zbylých 23 respondentů ji zná, ale nevyužívá. Nenašel se ani jeden respondent, pro kterého by byl pojem bazální stimulace neznámý.

e) Montessori přístup

Montessori přístup v praxi využívá 24 dotázaných a 56 respondentů o něm slyšelo. 30 respondentů o něm nikdy neslyšelo a 23 respondentů o něm sice slyšelo, ale neví, co si pod tímto pojmem představit.

Shrnutí

Z této části dotazníku o znalosti vybraných nefarmakologických přístupů vyplývá, že respondentům je dobře známá **bazální stimulace** a **reminiscence** a oba přístupy jsou hojně využívané i v praxi. Velká část dotazovaných také zná **validaci** a ví, co si pod ní představit, ačkoli už méně lidí ji využívá při své práci. Právě u validace bude zajímavé porovnat, zda se bude shodovat výsledek z této části dotazníku s výsledky poslední části dotazníku, ve které se budou respondenti vyjadřovat ke konkrétním používaným prvkům při péči.

Nejméně respondenti znají **preterapii** a **Montessori přístup**. Montessori přístup byl pro respondenty známý přeci jen o něco víc, zde je ale možné, že si ho respondenti spojili s Montessori pedagogikou, která je obecně známá, tudíž jim byl pojem o něco bližší. Zajímavý je totiž velký rozdíl mezi znalostí přístupu a jeho užitím v praxi.

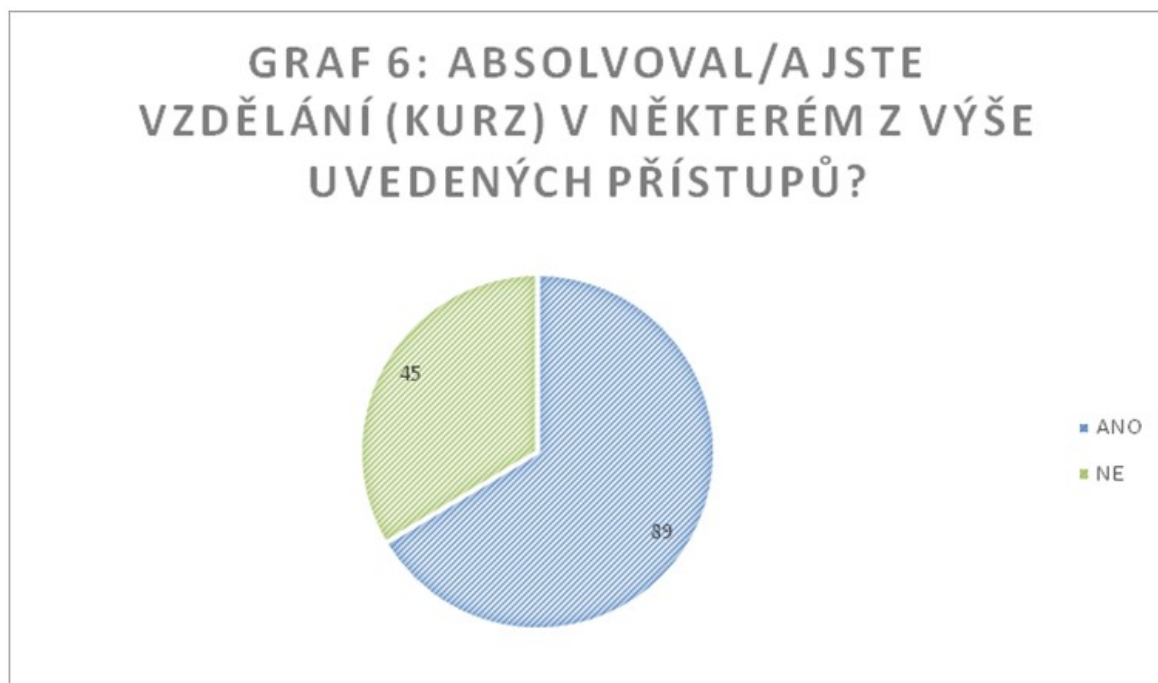
U **preterapie** byla ze všech přístupů nejpočetnější skupina těch, kteří o přístupu nikdy neslyšeli, a to 50 respondentů. Ukazuje se tedy, že preterapie je z pěti vybraných nefarmakologických přístupů nejméně známá a i nejméně využívaná v praxi.

4.5.3 Vzdělání v nefarmakologických přístupech

Druhá část dotazníku také zjišťovala, jak často jsou pracovníci domovů se zvláštním režimem v některých nefarmakologických přístupech vyškoleni. Cílem bylo zjistit, zda jim přijdou kurzy a školení v těchto přístupech pro jejich práci užitečné, zda si myslí, že je znalost těchto přístupů pro jejich práci nezbytná či nepodstatná, jaký mají na kurzy a školení názor a zda mají o vzdělávání zájem. Dále byly zkoumány důvody, které vedly k účasti/neúčasti na těchto kurzech.

Absolvované vzdělání v nefarmakologických přístupech

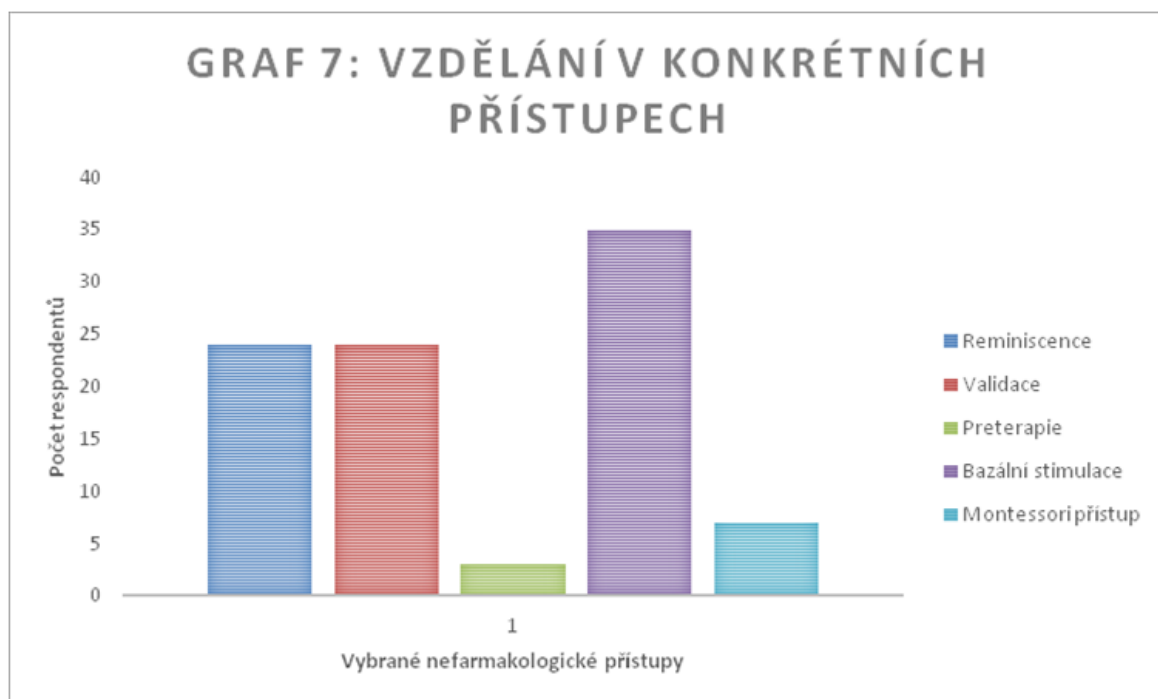
Graf 6 ukazuje, že alespoň nějakého kurzu v některém z pěti vybraných nefarmakologických přístupů se zúčastnila více jak polovina dotázaných, 89 z nich. To je opravdu hodně a je vidět, že pracovníci se o nové přístupy zajímají a mají zájem o další vzdělávání.



Název grafu 6 se shoduje s názvem otázky uvedené v dotazníkovém šetření

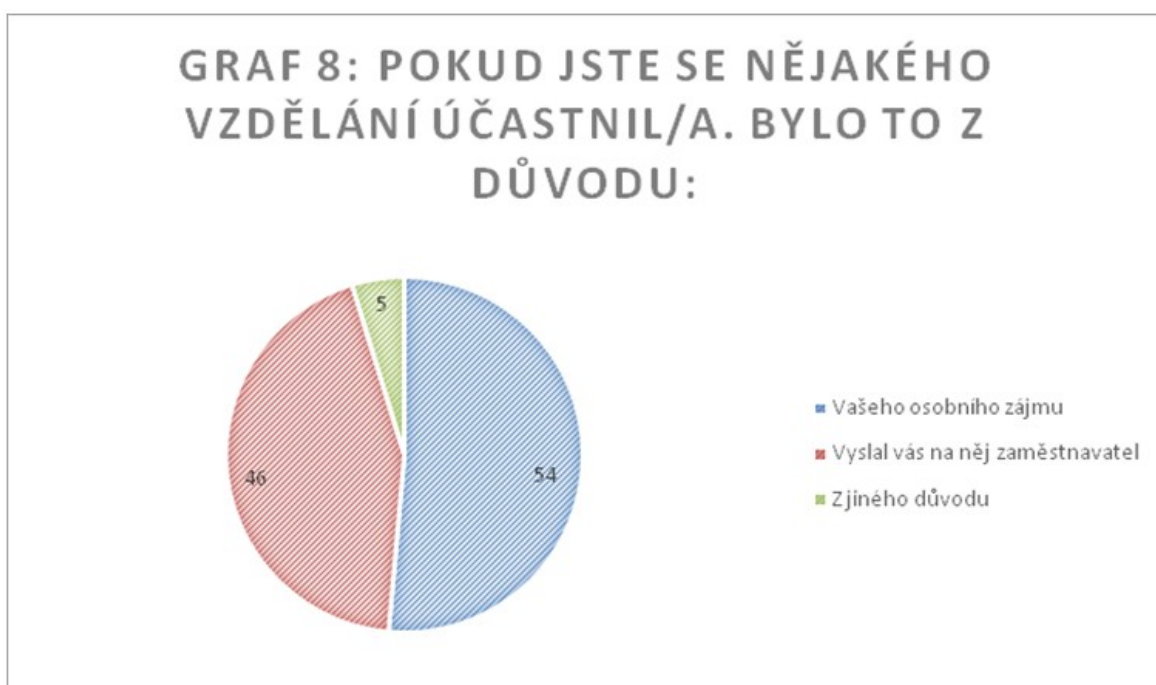
Vzdělání v konkrétních přístupech

Většinou byli pracovníci vyškoleni ve více než jednom přístupu. Celkově nejvíce dotazovaných bylo vyškolen v konceptu bazální stimulace. Na druhém místě byla zmíněna reminiscence a validace. Už podstatně méně pracovníků bylo proškolen v Montessori přístupu a úplně nejméně, jen tři dotazovaní, byli proškoleni v preterapii.



Důvod účasti na vzdělání

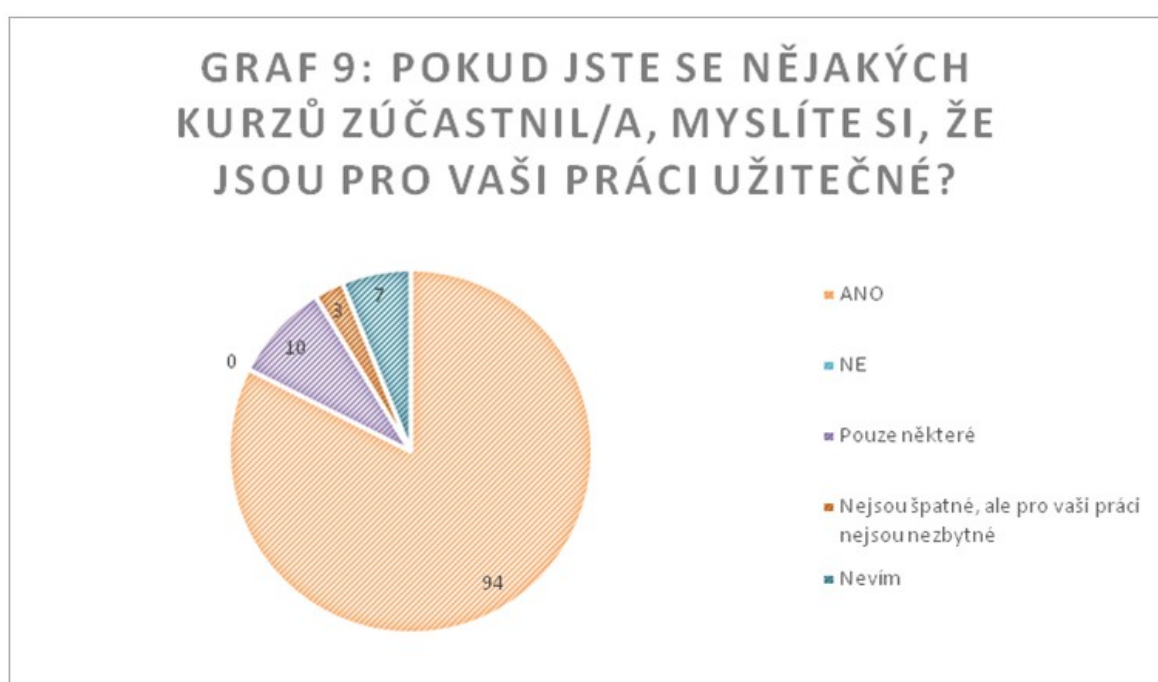
Další otázkou bylo, jaké důvody vedly respondenty k účasti na vzdělávání. Zda se pro absolvování dalšího vzdělání sami rozhodli, zda je tam vyslal zaměstnavatel nebo je k tomu vedly jiné důvody. Ukázalo se, že vlastní zájem a vyslání na kurz od zaměstnavatele byly srovnatelně častým důvodem, zároveň ale dotazovaní, kteří byli na kurz posláni svým zaměstnavatelem, často dodávali, že o kurz měli i sami zájem.



Název grafu 8 se shoduje s názvem otázky uvedené v dotazníkovém šetření

Užitečnost kurzů pro práci respondentů

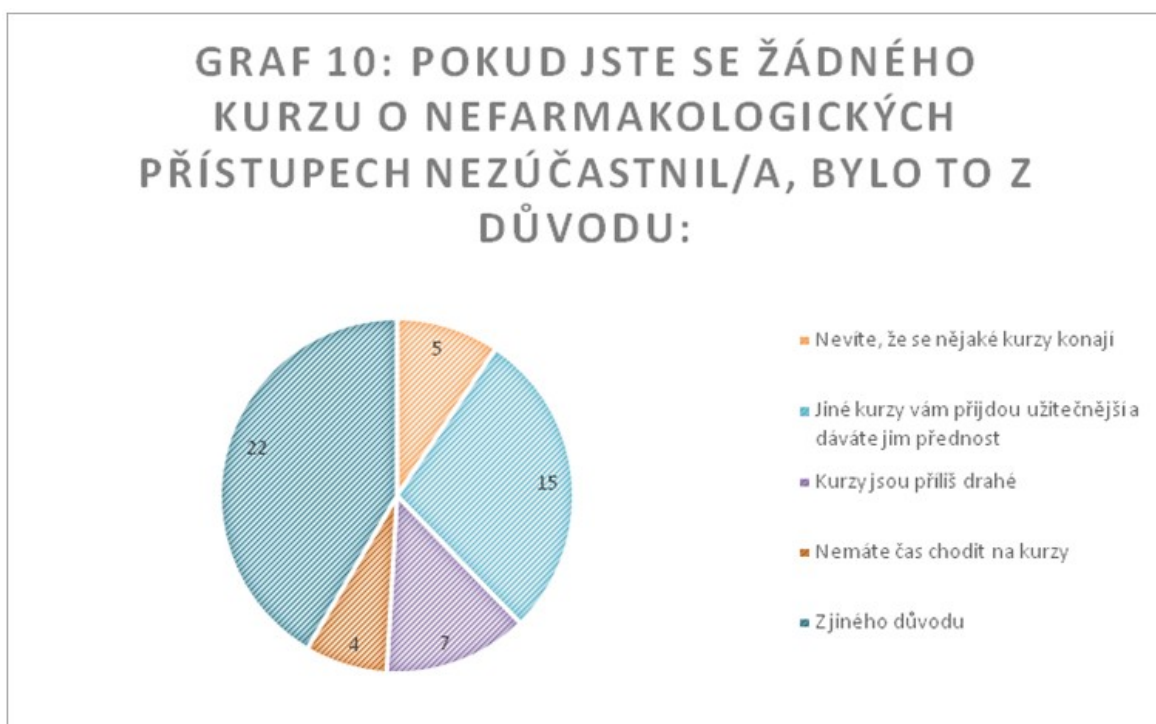
Další otázka druhé části dotazníku zjišťovala názor respondentů na užitečnost kurzů pro jejich práci. Na tuto otázku odpovědělo 114 respondentů, z nichž naprostá většina, 94 z nich, odpovídala, že užitečné jsou. 10 respondentů zvolilo možnost, že užitečné jsou pouze některé kurzy.



Název grafu 9 se shoduje s názvem otázky uvedené v dotazníkovém šetření

Důvod neúčasti na vzdělání

Důvody těch, kteří se žádného vzdělávání v pěti vybraných nefarmakologických přístupech nezúčastnili, celkem to bylo 54 respondentů, byly mnohem rozmanitější. Nejčastěji udávanou možností byla volba „Z jiného důvodu“, kterou uvedlo 22 z nich. V doplňující otázce byly jako jiné důvody uvedeny např. pracovní pozice, při které se tyto přístupy nevyužijí, dostatek informací pro péči z jiného vzdělávání, neumožnění účasti na kurzu zaměstnavatelem a také krátká doba práce v oboru. Jako druhou nejčastější možnost důvodů neúčasti na kurzech dotazující volili větší užitečnost jiných kurzů (15 respondentů). 7 respondentů má pocit, že kurzy jsou příliš drahé a 5 respondentů nevědělo, že se nějaké kurzy konají. 4 respondenti uvedli, že na kurzy nechodí z časových důvodů.



Název grafu 10 se shoduje s názvem otázky uvedené v dotazníkovém šetření

Shrnutí

Z výsledků této části dotazníku vyplývá, že účast na kurzech a vzdělávání v nefarmakologických přístupech jsou u pracovníků v domovech se zvláštním režimem celkem časté a pracovníci kurzy shledávají pro svoji práci užitečnými. Také se ukázalo, že kromě osobního zájmu respondentů má zájem o další vzdělávání svých pracovníků i zaměstnavatel.

4.5.4 Využívání jednotlivých prvků nefarmakologických přístupů

Tato část dotazníku se snaží zjistit, do jaké míry zaměstnanci využívají jednotlivé prvky pěti vybraných nefarmakologických přístupů při své praxi. Ke každému přístupu byly zformulovány tři výroky, které popisují určitý způsob využití tohoto přístupu v praxi. Respondenti následně u každého z výroků měli možnost označit na škále od 0 do 5, jak moc tento konkrétní prvek ve své praxi využívají. Škála vypadá následovně:

0 = vůbec nevyužíváte

1 = využíváte zcela výjimečně a náhodně

2 = využíváte občas

3 = využíváte pravidelně

4 = využíváte kdykoliv je k tomu příležitost

5 = využíváte téměř stále, vytváříte příležitosti pro využití metod

Vyhodnocení dotazníku bude představeno u jednotlivých přístupů tak, aby bylo zřejmé, které prvky byly při péči využívány.

Reminiscence

U reminiscence byly zvoleny následující tři výroky (prvky), které ukazují na využití reminiscence v praxi.

Výrok R1: Ptáte se klientů na jejich život, na jejich vzpomínky

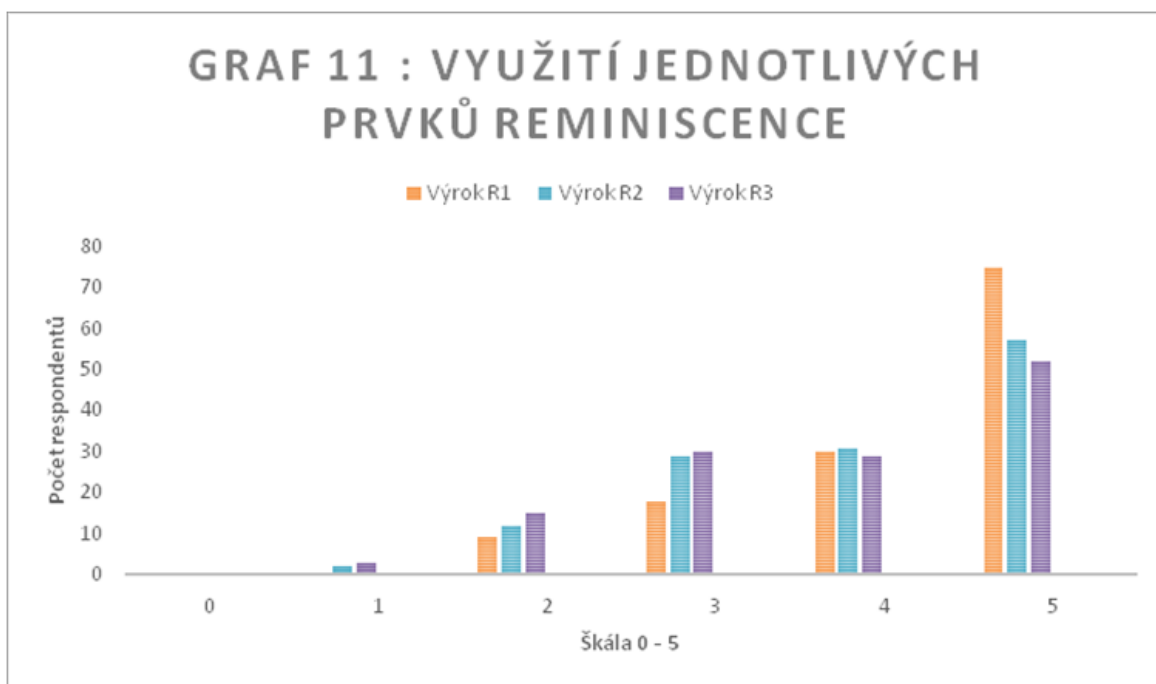
Výrok R2: Znáte životní příběh klienta a využíváte ho při péči

Výrok R3: Při aktivitách používáte předměty, které si klienti pamatují ze svého života

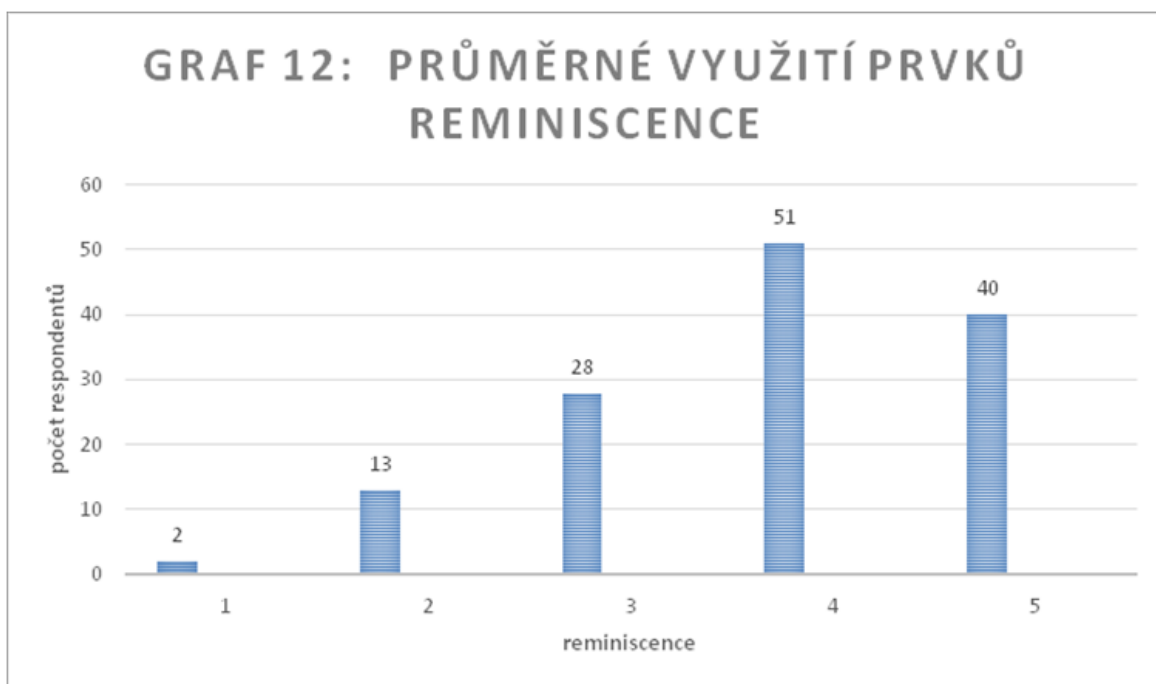
Četnost využití jednotlivých prvků ukazuje tabulka 1 (čísla v tabulce ukazují počet respondentů, kteří zvolili u konkrétního výroku dané číslo na škále) a graf 11:

Tabulka č. 1: Využití prvků reminiscence

	0	1	2	3	4	5
Výrok R1	0	0	9	18	30	75
Výrok R2	1	2	12	29	31	57
Výrok R3	1	3	15	30	29	52



V grafu 12 je znázorněno průměrné využívání všech těchto výše uvedených tří prvků přiřazených k nefarmakologickému přístupu reminiscence. Je vidět, že výsledky jsou kladné. Všechny prvky jsou naprostou většinou respondentů často využívané, tudíž lze říci, že reminiscence se při péči o osoby s demencí využívá v hojné míře, jelikož naprostá většina využívá její prvky při péči pravidelně.



Validace

U validace byly zvoleny následující tři výroky (prvky), které ukazují na využití validace v praxi.

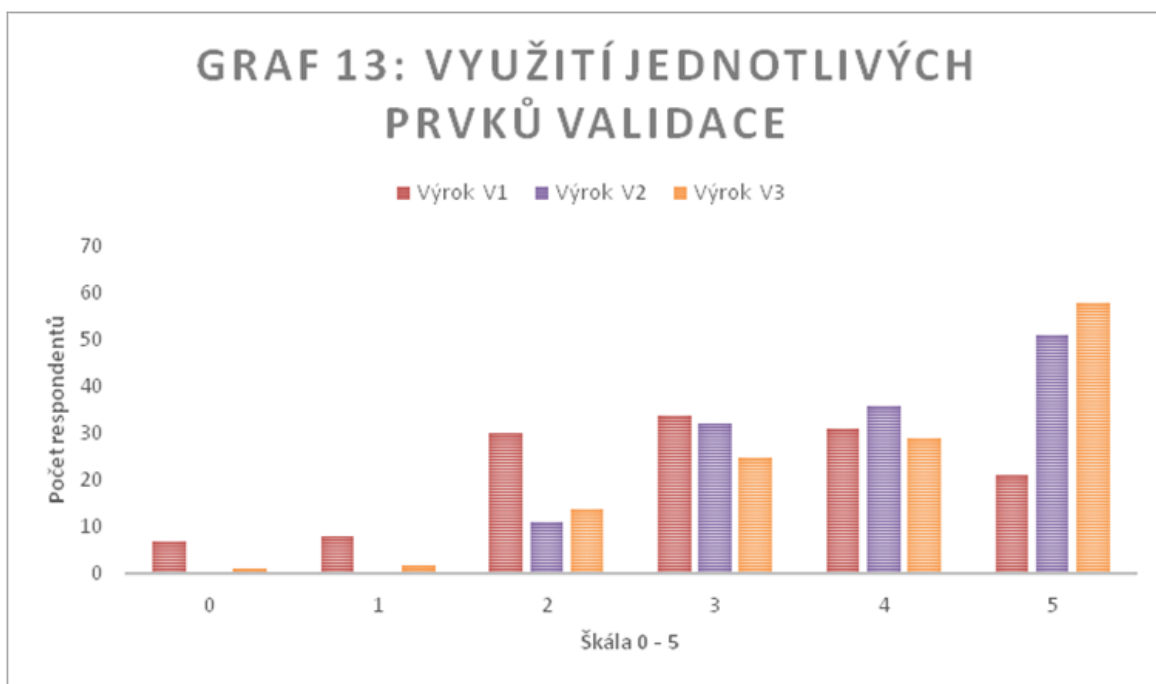
Výrok V1: Když nevíte, jak klientovi odpovědět, zopakujete to, co řekl.

Výrok V2: Při komunikaci s klientem se naladíte na to, jaké pocity vyjadřuje a na jeho osobní realitu.

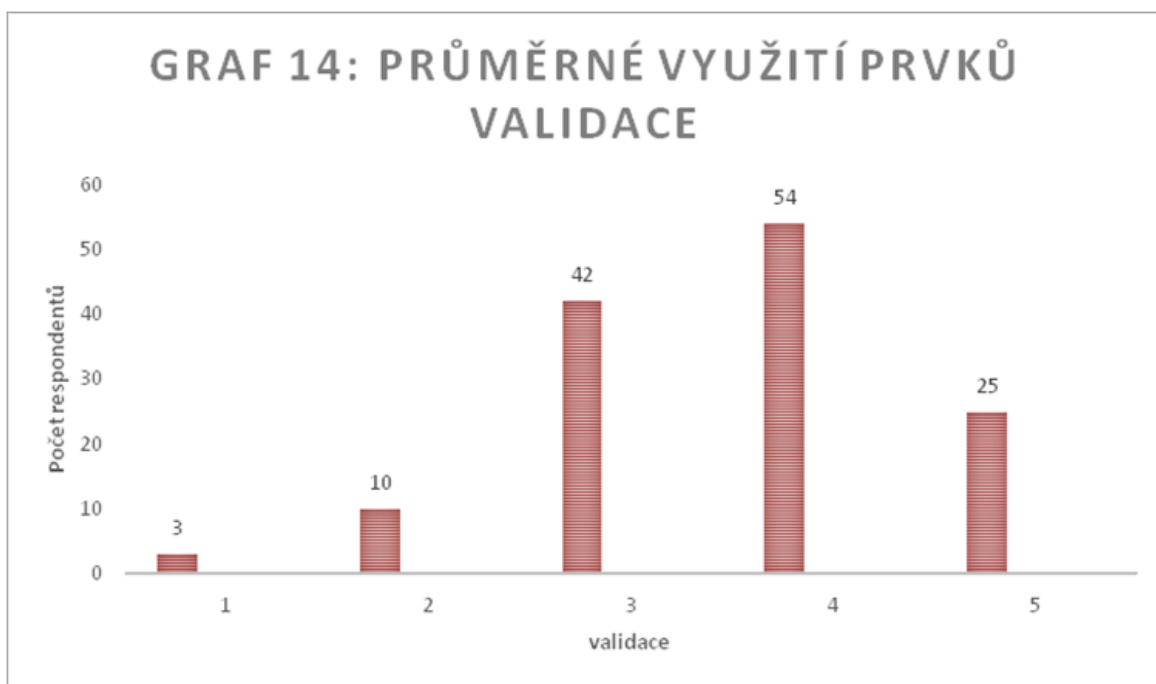
Výrok V3: Při komunikaci s klientem využíváte fyzický kontakt.

Četnost využití jednotlivých prvků ukazuje následující tabulka č. 2 (čísla v tabulce ukazují počet respondentů, kteří zvolili u konkrétního výroku dané číslo na škále) a graf 13:

Tabulka č. 2: Využití prvků validace						
	0	1	2	3	4	5
Výrok V1	7	8	30	34	31	21
Výrok V2	0	0	11	32	36	51
Výrok V3	1	2	14	25	29	58



V grafu 14 je uvedeno celkové průměrné využívání všech tří uvedených prvků validace v praxi. Je vidět, že prvky jsou ve větší míře běžně a pravidelně využívány, ačkoli je zde už větší počet pracovníků, kteří je používají jen zřídka nebo vůbec. Také je zde menší skupina těch, kteří přímo vytvářejí vhodné příležitosti pro využití těchto prvků.



Preterapie

U preterapie byly zvoleny následující tři výroky (prvky), které ukazují na využití preterapie v praxi.

Výrok P1: Sledujete, jak se klient chová ke svému okolí a slovy to popisujete.

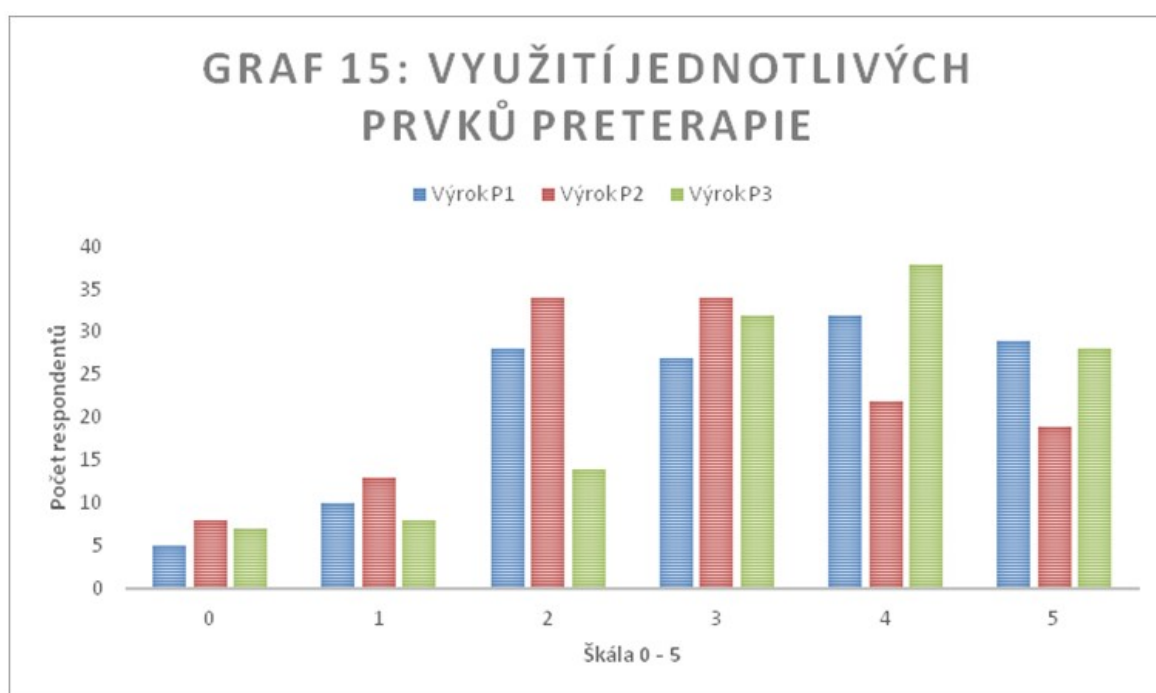
Výrok P2: Slovně popisujete klientovy pohyby těla a výraz obličeje.

Výrok P3: Při péči o klienta, který mluví nezřetelně, opakujete výrazy, které říká.

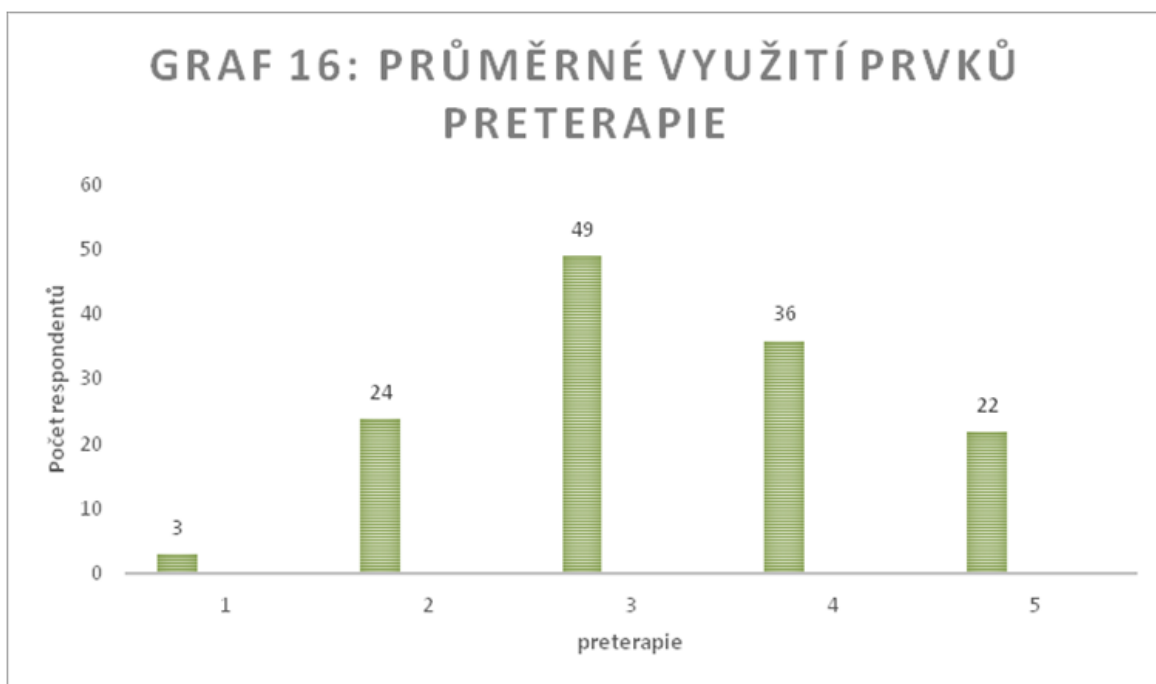
Četnost využití jednotlivých prvků ukazuje následující tabulka č. 3 (čísla v tabulce ukazují počet respondentů, kteří zvolili u konkrétního výroku dané číslo na škále) a graf 15:

Tabulka č. 3: Využití prvků preterapie

	0	1	2	3	4	5
Výrok P1	5	10	28	27	32	29
Výrok P2	8	13	34	34	22	19
Výrok P3	7	8	14	32	38	28



V grafu 16 lze sledovat průměrné využití zmíněných tří prvků preterapie při péči o seniory s demencí. Je vidět, že využití prvků preterapie je méně časté než využití reminiscence nebo validace. Více respondentů uvádělo, že některé prvky nevyužívá vůbec a zmenšil se i počet těch, kteří jejich využívání přímo vyhledávali a vytvářeli pro jejich využití vhodné příležitosti. Stále je zde ale převaha alespoň občasného využívání těchto prvků nad jejich nevyužíváním.



Bazální stimulace

U bazální stimulace byly zvoleny následující tři výroky (prvky), které ukazují na využití bazální stimulace v praxi.

Výrok B1: Při péči o klienty využíváte aktivizační a uklidňující masáže.

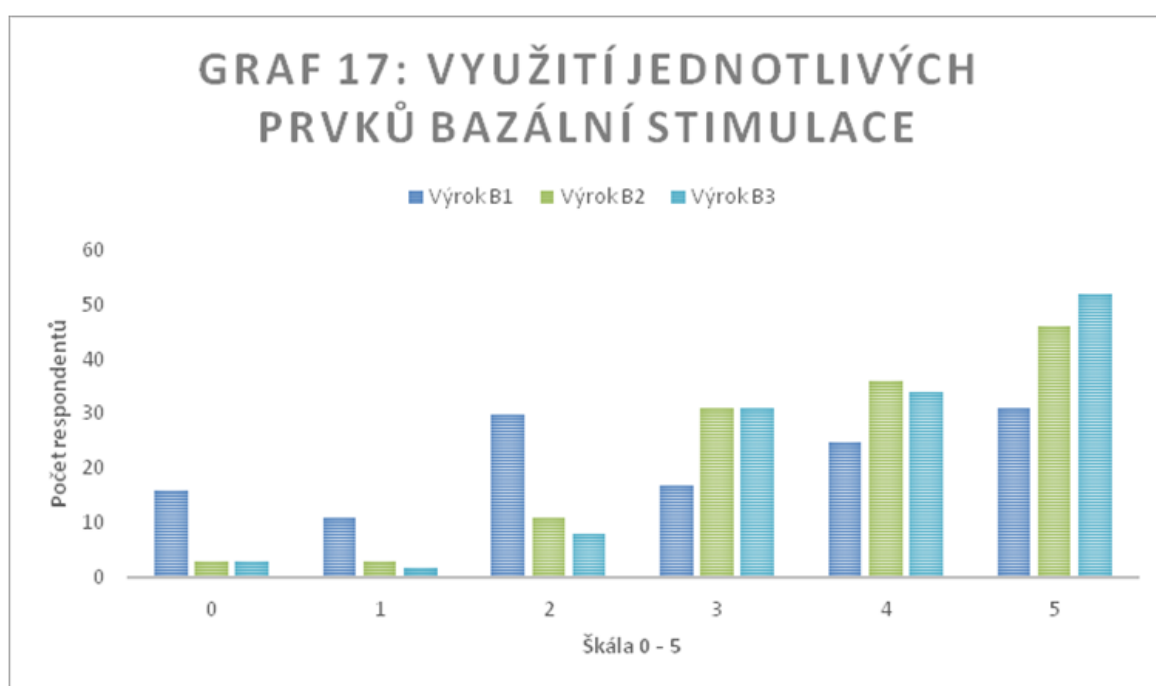
Výrok B2: Při péči se snažíte stimulovat smysly klienta (hmat, čich, zrak, chuť, sluch).

Výrok B3: Snažíte se zjistit klientovy osobní hygienické rituály a využíváte je při péči.

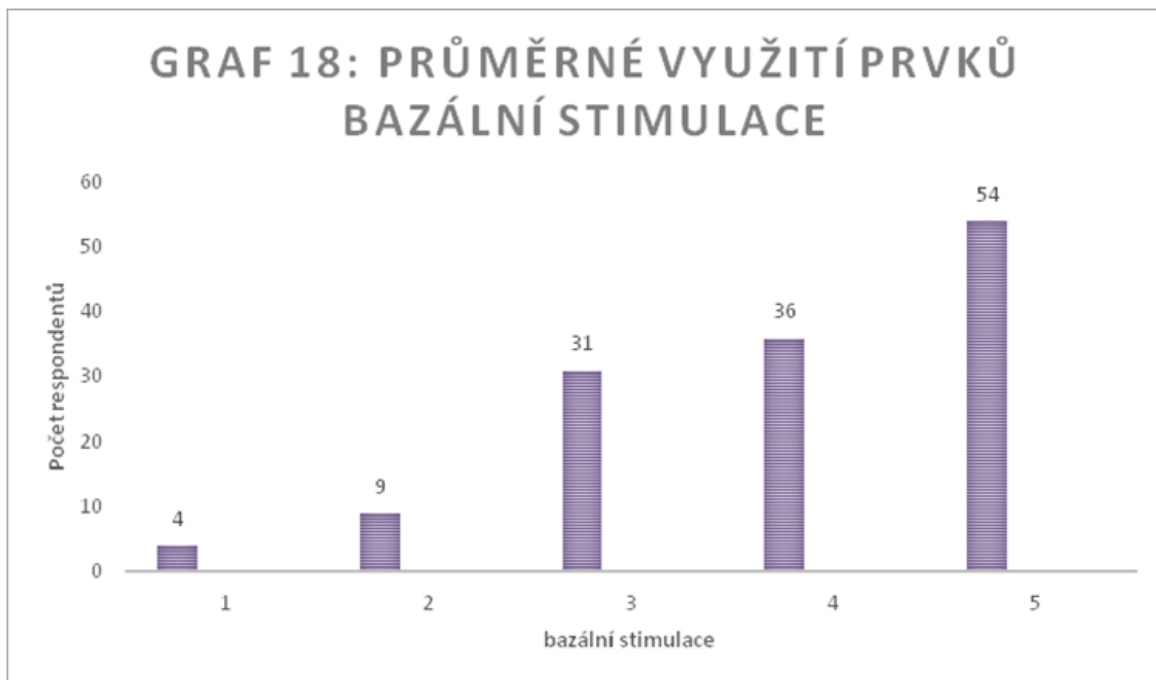
Četnost využití jednotlivých prvků ukazuje následující tabulka č. 4 (čísla v tabulce ukazují počet respondentů, kteří zvolili u konkrétního výroku dané číslo na škále) a graf 17:

Tabulka č. 4: Využití prvků bazální stimulace

	0	1	2	3	4	5
Výrok B1	16	11	30	17	25	31
Výrok B2	3	3	11	31	36	46
Výrok B3	3	2	8	31	34	52



V souhrnném grafu 18 je vidět, v jakém rozsahu jsou využívány tři prvky bazální stimulace v průměru. Naprostá většina respondentů uvedla, že prvky využívá stále a vytváří pro jejich využití vhodné příležitosti. Další velká skupina uvedla, že je využívá pravidelně a kdykoli je k tomu možnost.



Montessori přístup

U Montessori přístupu byly zvoleny následující tři výroky (prvky), které ukazují na využití tohoto přístupu v praxi.

Výrok M1: Snažíte se upravit prostředí tak, aby v něm klient našel činnosti, díky kterým může být užitečný.

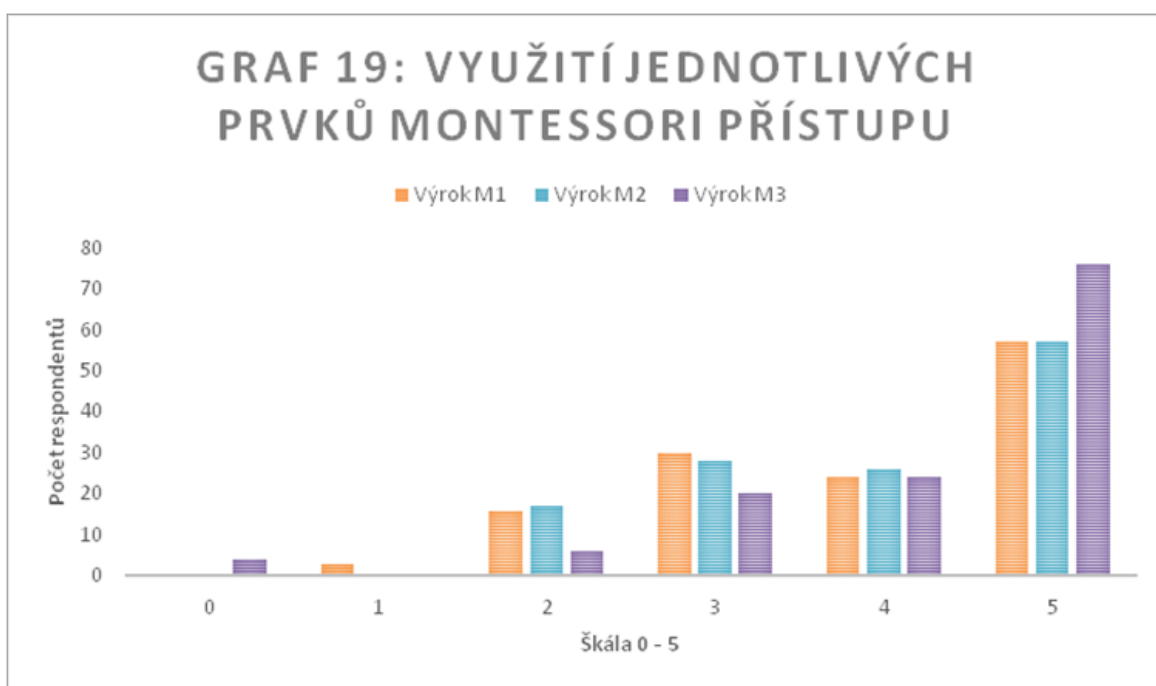
Výrok M2: Snažíte se připravit prostředí tak, aby motivovalo klienty k činnosti.

Výrok M3: Připravujete pro klienty takové aktivity, které podporují jejich kontakt s druhými lidmi.

Četnost využití jednotlivých prvků ukazuje následující tabulka č. 5 (čísla v tabulce ukazují počet respondentů, kteří zvolili u konkrétního výroku dané číslo na škále) a graf 19:

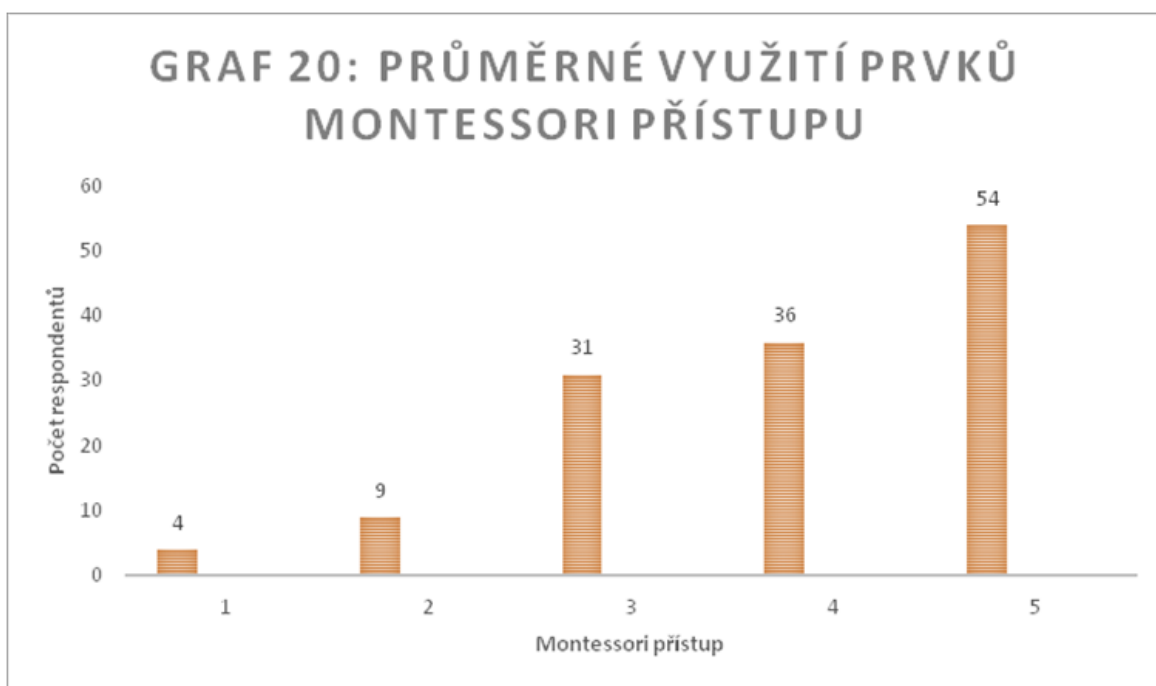
Tabulka č. 5: Využití prvků Montessori přístupu

	0	1	2	3	4	5
Výrok M1	1	3	16	30	24	57
Výrok M2	1	0	17	28	26	57
Výrok M3	4	0	6	20	24	76



Ze souhrnného grafu 20 lze vyčíst, že průměr využití všech těchto tří prvků Montessori přístupu je velmi vysoký. Naprostá většina dotázaných využívá všechny tři prvky běžně při péči o seniory s demencí, což je velmi zajímavé vzhledem k tomu, že řada z nich uvedla, že Montessori přístup při péči o seniory s demencí nezná nebo nevyužívá. Přesto jsou jeho prvky při péči využívány téměř stále a respondenti vytvářejí vhodné příležitosti

k jeho využívání stejně jako např. u prvků bazální stimulace a dokonce více než u reminiscence.

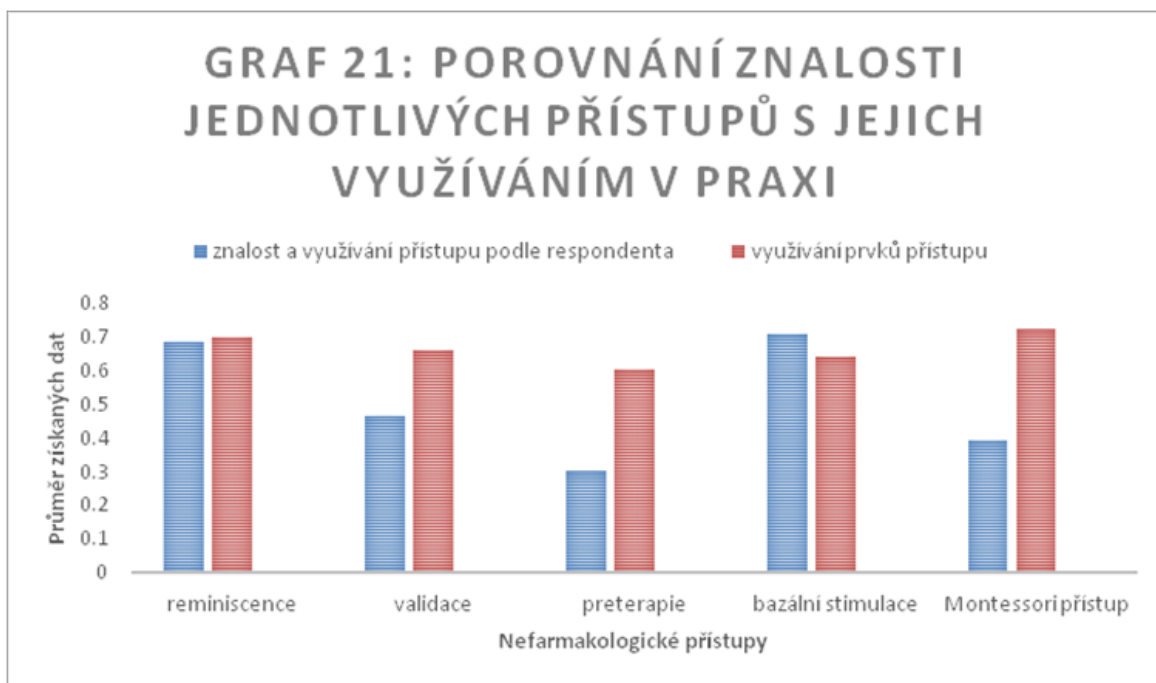


4.5.5 Porovnání znalosti jednotlivých přístupů s jejich využíváním v praxi

Tato část se bude věnovat zodpovězení páté výzkumné otázky, tedy zda se shodují výpovědi respondentů o využívání vybraných nefarmakologických přístupů s reálným využíváním prvků těchto přístupů. Pro vyhodnocení dat, která tuto otázku zodpoví, byla použita metoda korelace, při které byl porovnán souhrn výpovědí respondenta z druhé části

dotazníku o znalosti a využívání přístupů se třetí částí dotazníku, ve které respondent na škále od 0 do 5 určoval, jak moc konkrétní prvek využívá.

Po porovnání těchto dat by mělo jít zjistit, zda se výsledky z obou částí shodují. Pokud tedy respondent uvádí, že určitý přístup zná a využívá, zda opravdu i u všech třech výroků, které tento přístup popisují, uvedl, že je běžně využívá. A opačně, pokud respondent uvedl, že některý přístup vůbec nezná, tudíž ani nevyužívá, zda opravdu i u jednotlivých prvků tohoto přístupu zvolil na škále nízké číslo nebo zda uvedl, že tento prvek využívá. Pokud daný prvek využívá, tak možná jen neví, že daný prvek patří pod nějaký přístup a v praxi ho využívá intuitivně. Zajímavé bude podívat se zejména na ty přístupy, u kterých respondenti často uváděli, že je sice znají, ale v praxi je nevyužívají. V tomto případě by měly být jejich odpovědi i na využívání jednotlivých výroků záporné, mnohdy ale tito respondenti u jednotlivých prvků nakonec uvedli, že je využívají, tudíž se výpovědi neshodovaly.



Tabulka 7: Korelace

	k (korelační koeficient)	p (pravděpodobnost)	statistická významnost
Reminiscence	-0,054535888	0,530128	nevýznamná
Validace	0,234666124	0,006153	významná
Preterapie	0,260516733	0,002276	významná
Bazální stimulace	0,337008269	0,000064	významná
Montessori přístup	0,017022455	0,844665	nevýznamná

Reminiscence

V grafu 21 je vidět, že reminiscenci většina respondentů dobře zná a ví, co si pod tímto přístupem představit. Zároveň je zde i podobně vysoké skóre využívání jejích jednotlivých prvků. Reminiscenci je tedy možné označit za velmi známý přístup, který je zároveň ve stejné míře pracovníky v praxi využíváný.

Při pohledu na korelaci u reminiscence lze zjistit, že je v tomto případě statisticky nevýznamná (P-hodnota 0,530). Z toho je možné usoudit, že to, zda respondent reminiscenci zná či ne, nijak výrazně neovlivní její využívání v praxi. Nejsou zde vidět žádné statisticky významné podobnosti, které by podporovaly kladnou nebo zápornou korelaci, naopak je zde korelace neutrální. Pokud někdo z respondentů uvedl, že prvky reminiscence nevyužívá, nijak to nesouviselo se znalostí tohoto přístupu a naopak.

Validace

U validace je z grafu 21 vidět, že je zde již méně respondentů, kteří by tento přístup podle jejich názoru běžně využívali. Hodnoty ukazují, že respondenti často uváděli, že přístup sice znají a vědí, co si pod ním představit, ale jeho prvky podle svého názoru běžně nevyužívají. To ale vyvrací druhý sloupec, který ukazuje, že prvky validace jsou využívány ve velké míře. Z toho je zřejmé, že validaci pracovníci domovů se zvláštním režimem využívají, i když si to sami vlastně nemyslí a zřejmě si pod tímto přístupem představují něco jiného, než o co se vlastně v přístupu jedná.

Korelace u validace vychází kladná (korelační koeficient 0,2346) a statisticky významná (P-hodnota 0,0062). To znamená, že se znalostí přístupu validace se zvyšuje i využívání jejích prvků a naopak při jejím neznalosti se využívání prvků snižuje.

Preterapie

I u preterapie je mnohem vyšší sloupec využívání jednotlivých prvků než znalost a využívání podle mínění respondentů. Zde je ale hodnota modrého sloupce (znalost) ještě nižší než u validace a respondenti zde spíše uváděli, že preterapii vůbec neznají. Z toho tedy lze usuzovat, že prvky preterapie jsou v praxi celkem využívány, ale není to z důvodu znalosti, pracovníci je využívají spíše intuitivně.

U preterapie je také korelace kladná (korelační koeficient 0,2605) a statisticky významná (P-hodnota 0,0023). Z kladného výsledku korelace lze usoudit, že se využívání jejích prvků souměrně zvyšuje se znalostí tohoto přístupu.

Bazální stimulace

Bazální stimulaci znalo největší procento respondentů a většina jich také uvedla, že ji v praxi běžně využívá. Zde se výpovědi vcelku shodují s mírou využívání jednotlivých prvků, i když ta je o něco nižší, než však nijak významně. Zde se mohlo jednat zejména o občasné nižší hodnocení výroku o využívání masáží při praxi, u kterého respondenti občas uváděli, že jej nevyužívají, zbylé prvky byly však využívány téměř všemi.

U bazální stimulace vychází korelace kladná (korelační koeficient 0,3370) a je statisticky významná (P-hodnota 0,0001). Z kladné korelace lze vyčíst, že využívání prvků bazální stimulace se zvyšuje se znalostí tohoto přístupu a naopak.

Montessori přístup

U Montessori přístupu lze vidět úplně nejvyšší míru využívání jednotlivých prvků tohoto přístupu, ačkoli znalost přístupu je dosti nízká a povědomí respondentů o jeho využívání také. U Montessori přístupu se dá usuzovat, že respondenti často pojem „Montessori“

znají, ale neumějí si ho nijak spojit se svojí prací se seniory s demencí. Zde je ale podobně jako u preterapie vidět, že ačkoli pracovníci nevědí, že se jedná o Montessori přístup, jeho prvky využívají v opravdu velké míře.

U Montessori přístupu korelace vychází statisticky nevýznamně. Korelace je zde neutrální (korelační koeficient 0,017) a je statisticky nevýznamná jelikož P-hodnota je vyšší pěti procent (P-hodnota 0,8446). U Montessori přístupu se využívání jeho prvků nijak neshodovalo s obecnou znalostí přístupu. Nebylo zjištěno, že by větší informovanost a znalost přístupu zvyšovala i jeho využití v praxi či naopak neznalost přístupů využívání jeho prvků snižovala.

4.5.6 Porovnání míry využívání prvků nefarmakologických přístupů na základě pracovní pozice

V této části bude zodpovězena šestá výzkumná otázka, která se týká míry využívání prvků nefarmakologických přístupů v souvislosti s pracovní pozicí respondentů. V první části dotazníku respondenti odpovídali na otázku, na jaké pracovní pozici v domově se zvláštním režimem pracují. Respondenti zde uvedli pět pracovních pozic, a to pozice aktivizační pracovník, pečovatel, sociální pracovník, zdravotnický personál a možnost „jiná pracovní pozice“, kde se následně jednalo zejména o pozici manažerskou, koordinační či vedoucí.

Ve třetí části dotazníku označovali respondenti, jaké prvky při práci používají. Byla k tomu využita škála s těmito hodnotami:

0 = vůbec nevyužíváte

1 = využíváte zcela výjimečně a náhodně

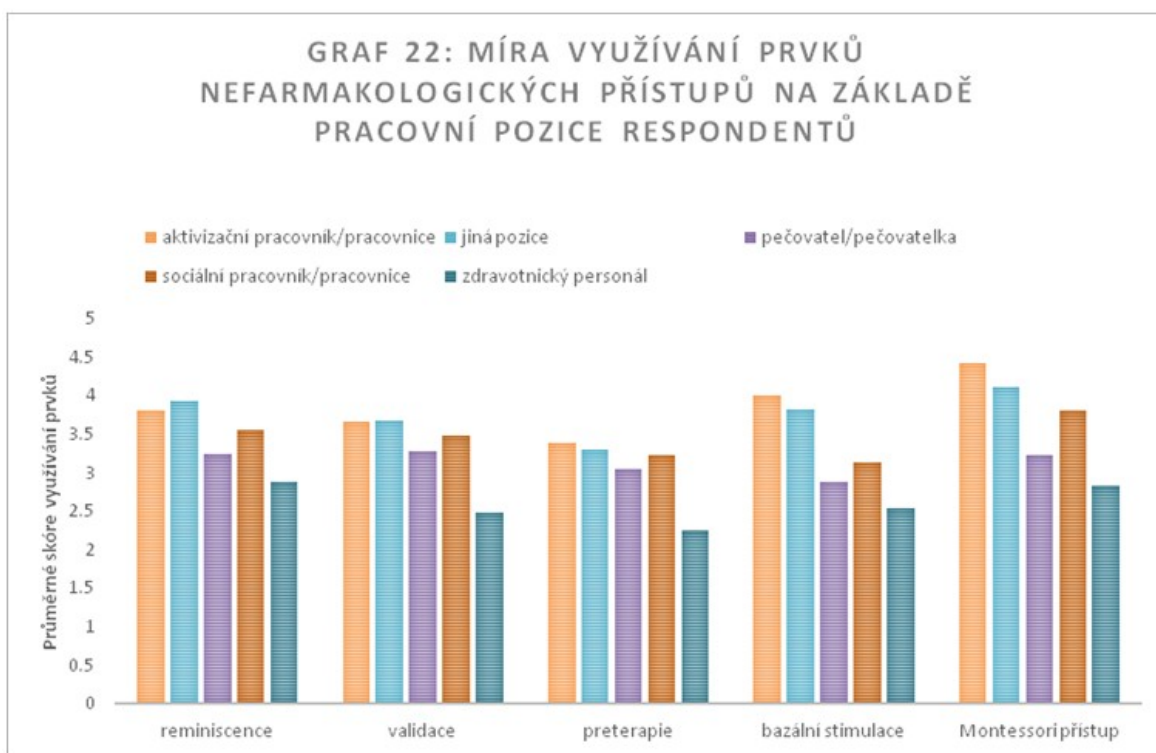
2 = využíváte občas

3 = využíváte pravidelně

4 = využíváte kdykoliv je k tomu příležitost

5 = využíváte téměř stále, vytváříte příležitosti pro využití metod

V grafu č. 22 je vidět, jak časté je využívání prvků nefarmakologických přístupů u konkrétní pracovní pozice. Téměř u všech nefarmakologických přístupů je využívání jejích prvků nejčastější aktivizačními pracovníky, následně možnost „jiné pracovní pozice“, dále sociálním pracovníkem, pečovatelem a nejméně je využívá zdravotnický personál. Jen u reminiscence je rozdíl v prvních dvou pozicích, kdy „jiná pozice“ využívá reminiscenci o něco častěji než aktivizační pracovníci. Jak je uvedeno v předchozí kapitole, nejčastěji jsou využívány prvky Montessori přístupu a bazální stimulace, následně reminiscence a validace a nejméně využívané jsou prvky preterapie. Z grafu lze rozpoznat, že zde nejsou žádné odchylky využívání prvků přístupů na základě pracovní pozice. Téměř na všech pozicích se nejčastěji využívají prvky Montessori přístupu a nejméně prvky preterapie. Bližší hodnoty využívání prvků přístupů jednotlivými pracovními pozicemi jsou vidět v následujícím grafu 22.



4.6 Diskuse výsledků

Pro výzkumné šetření bylo zformulováno šest výzkumných otázek, na které poskytly dotazníky vyplněné respondenty příslušné odpovědi. Následující diskuse přinese jejich shrnutí spolu s možnou interpretací získaných dat.

1) Jaké mají pracovníci domovů se zvláštním režimem znalosti o pojmu "nefarmakologické přístupy"?

Tato výzkumná otázka byla zkoumána v druhé části dotazníku, kde respondenti odpovídali, zda je jim pojem „nefarmakologické přístupy“ známý a co se jim pod ním vybaví.

Ze 134 respondentů 113 pojem "nefarmakologické přístupy" zná a správně si pod ním představí určité přístupy zaměřené na člověka. Největší četnost byla uvedena u reminiscence (32 respondentů) a bazální stimulace (28 respondentů). 19 dotázaných zmiňovalo i validaci. Na preterapii a Montessori přístup si sám od sebe nevzpomněl téměř nikdo. U těchto přístupů je vidět, že nejsou pracovníkům příliš známé. Kromě vybraných nefarmakologických přístupů respondenti zmiňovali také další terapie, často arteterapii, muzikoterapii, canisterapii a aromaterapii. Byly zde zmíněny rozmanité aktivizační terapie a prvky péče, někdo také udával, že si pod tímto pojmem představí úplně vše, co nezahrnuje léčbu léky. Celkově tedy pojem „nefarmakologické přístupy“ pracovníkům domovů se zvláštním režimem známý je a vybaví se jim různé přístupy a terapie používané v péči o člověka.

2) Jsou pracovníci domovů se zvláštním režimem vyškoleni v některém z těchto přístupů?

Tato výzkumná otázka byla zodpovězena pomocí dat získaných v druhé části dotazníkového šetření. V té byl od respondentů zjišťován jejich názor na vzdělávání v nefarmakologických přístupech.

Ukázalo se, že v některém z vybraných nefarmakologických přístupů se účastnilo vzdělávání 89 dotázaných. Většina z nich se účastnila vzdělávání v oblasti bazální stimulace (35 respondentů), což je dáno i tím, že značná část respondentů pracovala na pozici zdravotní sestry, tudíž je jim pro jejich práci tento přístup zřejmě nejbližší.

Z dotazníku také bylo zřejmé, že se vzdělávání v oblasti bazální stimulace často koná plošně pro většinu zaměstnanců a je zajišťované zaměstnavatelem. Plošné vzdělávání zajistí potřebné znalosti větší skupině lidí a pracovníci na něj mají od zaměstnavatele přímo vyhrazený čas.

Velké množství respondentů se účastnilo vzdělávání také v oblasti reminiscence (24 respondentů) a validace (24 respondentů). Zde je překvapivé, že počet účastníků vzdělávání byl u obou přístupů stejný, přestože reminiscence byla vyhodnocena jako přístup známější. U těchto přístupů se respondenti vzdělávání účastnili většinou z důvodu jejich osobního zájmu, i zde však bylo vzdělávání někdy organizováno zaměstnavatelem.

Téměř všichni udávali, že jim vzdělání v těchto přístupech přijde pro jejich práci užitečné. Pokud se někdo žádného vzdělání neúčastnil, bylo to z velké většiny proto, že by na své pracovní pozici takové vzdělání nevyužil. Jednalo se zejména o pozice manažerské nebo zdravotnické. Případně někdo udával jako důvod to, že pro jeho práci jsou užitečnější kurzy jiné, to ale stále znamená, že se tito pracovníci profesně vzdělávají.

Zajímavé by bylo zjistit, zda jsou zaměstnavatelé a pracovníci motivováni zejména tím, že určitý počet hodin vzdělání je ze zákona pro pracovníky sociálních služeb povinný nebo zda jsou více motivováni potřebou vlastního profesního rozvoje. Toto by mohlo být zkoumáno v jiné práci.

- 3) Jaké jsou názory pracovníků domovů se zvláštním režimem na vybrané nefarmakologické přístupy?**
- 4) Využívají pracovníci domovů se zvláštním režimem prvky vybraných nefarmakologických přístupů v péči o seniory s demencí?**
- 5) Shoduje se názor pracovníků na využívání konkrétních nefarmakologických přístupů s reálným využíváním jejich prvků při péči?**

Diskuse k výzkumným otázkám 3 - 5 bude pro lepší srozumitelnost uvedena vždy u konkrétního nefarmakologického přístupu. Pro zodpovězení těchto tří výzkumných otázek byla použita data získaná z druhé a třetí části dotazníku. V druhé části byla zjištěna data o znalosti a využívání nefarmakologických přístupů, ta odpovídají na 3. výzkumnou

otázku. Třetí část dotazníku na škále 0 - 5 ukázala míru využívání konkrétních prvků nefarmakologických přístupů při péči o seniory s demencí a zodpověděla tak 4. výzkumnou otázku. Pomocí porovnání dat z těchto dvou částí dotazníkového šetření byly získány odpovědi na 5. výzkumnou otázku.

Reminiscence

Reminiscence se ukázala jako velmi známý nefarmakologický přístup mezi pracovníky domovů se zvláštním režimem. Naprostá většina dotazovaných ho zná a ví, co si pod tímto přístupem představit. Je to i přístup, na který si nejvíce respondentů vzpomnělo již při zmínce o nefarmakologických přístupech.

Téměř všichni uváděli, že tento přístup v praxi neustále využívají a vytvářejí pro jeho využití vhodné příležitosti. Tyto výsledky se zároveň shodovaly s odpověďmi na jednotlivé výroky o prvcích reminiscence. I u těch naprostá většina respondentů uváděla, že je využívá při své praxi pravidelně a kdykoli je k tomu příležitost. Při následně provedené korelaci se zjistilo, že ačkoli je tento přístup většině respondentů známý a většina z nich jeho prvky využívá, není to zřejmě nijak ovlivněno větší informovaností o tomto přístupu. Jinak řečeno, pokud někdo prvky reminiscence nevyužívá, není to z důvodu, že by tento přístup neznal a zároveň se s vyšší informovaností o tomto přístupu využití jeho prvků nezvyšuje.

Validace

U validace jsou výsledky o něco zajímavější. Většina respondentů uvedla, že validaci zná, ale dost z nich zároveň zvolilo možnost, že ačkoli ji zná, tak ji v praxi nevyužívá. Tomu ale neodpovídaly výsledky týkající se jednotlivých výroků, u kterých se naopak ukázalo, že prvky validace respondenti ve své praxi využívají ve velké míře. Bylo zde podobné množství respondentů, kteří prvky validace využívají pravidelně jako u reminiscence, i když oproti reminiscenci bylo méně těch, kteří by pro její využití sami připravovali vhodné příležitosti. Z toho tedy vyplývá, že si zřejmě pracovníci vždy neuvědomují, že to, co běžně během své práce využívají, jsou prvky validace a pod samotným pojmem „validace“ si možná představují něco jiného, o čem se domnívají, že to nevyužívají. Každopádně provedená korelace vyšla kladně a statisticky významně, což ukazuje, že

s mírou informovanosti o tomto přístupu se zvyšuje i využívání jejích prvků, tudíž je prospěšné ve validaci pracovníky vzdělávat. Její prvky už stejně často intuitivně používají a jejich propojení s celkovým konceptem validace by mohlo být v péči o klienta prospěšné.

Preterapie

U preterapie uvedlo nejvíce respondentů, že o tomto přístupu nikdy neslyšelo. Dost bylo i těch, kteří ačkoli o něm slyšeli a věděli, co si pod ním představit, uvedli, že v praxi ho nevyužívají. Těch, kteří by uvedli, že jej znají a využívají, bylo úplné minimum, takže je vidět, že preterapie je opravdu z těchto přístupů známá nejméně a není většinou respondentů při své práci účelně využívána. Z výpovědí o využívání jednotlivých prvků preterapie je vidět, že ačkoli jsou prvky tohoto přístupu využívány méně často než prvky ostatních mnou vybraných nefarmakologických přístupů, i tak jsou využívány pravidelně nebo občas a časté používání převažuje nad možností využívání těchto prvků jen výjimečně či vůbec. Ukázalo se, že největší počet respondentů využívá prvky preterapie pravidelně, což je o mnoho lepší výsledek než ukazoval pouze názor samotných respondentů na obecné využívání preterapie, které v druhé části dotazníku neuvedl skoro nikdo. I zde, stejně jako u validace, je tedy vidět, že prvky preterapie využívány jsou, ačkoli si to sami pracovníci mnohdy nemyslí. Je zde ovšem oproti validaci rozdíl v tom, že preterapii velká část respondentů vůbec neznala, tudíž její prvky sice využívá, ale zřejmě netuší, že se jedná o prvky určitého přístupu. Podle toho by se mohlo zdát, že její znalost není pro pracovníky nutná, jelikož prvky jsou při péči využívány tak či tak, avšak po provedení korelace, která se ukázala jako kladná, je vidět, že s větší mírou znalosti tohoto přístupu stoupá i využívání jejích jednotlivých prvků. Tím pádem se bude zvyšovat její využívání úměrně s tím, jak bude stoupat znalost tohoto přístupu pracovníky. I zde se tedy vyplatí snažit se preterapii dostat do většího povědomí personálu.

Bazální stimulace

Bazální stimulace je přístup, který podobně jako reminiscenci většina respondentů zná, ví, co si pod ní představit a zároveň i uváděla, že jí využívá běžně v praxi. Nenašel se vůbec nikdo, kdo by bazální stimulaci neznal. Při pohledu na využívání jednotlivých prvků bazální stimulace je skóre velmi vysoké, většina respondentů využívá prvky stále a vytváří příležitosti k jejich využívání. I přes to je ale skóre o něco nižší než u výpovědí o obecném

využívání přístupu přímo respondenty. Zdá se, že toto nižší skóre je zřejmě způsobené výrokem o aktivizujících a uklidňujících masážích, u kterého mnoho klientů uvádělo, že je využívá jen občas, mnoho z nich uvádělo, že dokonce vůbec nebo jen zcela výjimečně. Je pravda, že zrovna masáže nemusí být úplně typické při péči o seniory s demencí a běžně se využívá spíše jiných prvků. I tak ale zůstává míra využívání prvků bazální stimulace velmi vysoká. I zde vyšla kladná korelace, tudíž lze říci, že prvky se využívají více, pokud přístup bazální stimulace pracovníci znají.

Montessori přístup

Vyhodnocení Montessori přístupu bylo velmi zajímavé. Při obecné představě o nefarmakologických přístupech si na něj mnoho respondentů nevzpomnělo. Avšak při otázce přímo na znalost tohoto konkrétního přístupu nejvíce respondentů odpovídalo, že jej zná, ale při péči o seniory s demencí nevyužívá. Významný počet respondentů odpovídal, že přístup vůbec nezná nebo že jej zná, ale neví, co si pod ním představit. Z následného vyhodnocení využívání jednotlivých prvků tohoto přístupu vychází, že jeho prvky jsou pracovníky využívány úplně nejvíce ze všech vybraných přístupů. Což je zajímavé, jelikož zde podobně jako u validace velký počet respondentů uváděl, že ačkoli Montessori přístup zná, v praxi ho nevyužívá. Může to být z důvodu, že přímo pojem „Montessori“ je ve společnosti známý v souvislosti s výchovou dětí. Tím pádem už většina respondentů neuváděla, že by jej při své práci využívala, jelikož pracuje se seniory. Modifikace tohoto pedagogického směru na péči o seniory je celkem novinka, která se ovšem ukazuje jako velmi prospěšná. Jak je vidět z výpovědí o využívání jejích prvků, jsou to prvky, které se při péči využívají v hojné míře. Ukazuje se také, že většina pracovníků nepotřebuje znát tento přístup nebo se v něm nějak vzdělávat, aby jeho prvky využívala, dělá to spíše intuitivně nebo prostě proto, že jim to přijde při péči o seniory automaticky prospěšné a důležité. To ukazuje i provedená korelace, která u tohoto přístupu vyšla statisticky nevýznamně, tudíž zde není nijak významná spojitost mezi znalostí přístupu a využíváním jeho prvků.

6) Jaká je souvislost mezi pracovní pozicí a využíváním prvků přístupů?

Tato výzkumná otázka byla zodpovězena za pomoci první části dotazníku, ve které byla zjištěna pracovní pozice respondentů, která byla následně porovnána s využíváním prvků nefarmakologických přístupů, která byla zjišťována ve třetí části dotazníku.

Zde se na škále od 0 do 5 ukázalo, že jednotlivé prvky vybraných nefarmakologických přístupů jsou využívány ve všech pracovních pozicích, i když ve značně odlišné míře. V nejvyšší míře jsou prvky využívány aktivizačními pracovníky, kteří všechny z nich průměrně využívají kdykoli je k tomu příležitost. Podobné skóre je i u pracovní pozice „jiná pozice“, pod kterou spadají hlavně respondenti na pozicích manažerských, koordinačních a vedoucích. Respondenti na pracovní pozici sociálních pracovníků se při využívání prvků nefarmakologických přístupů na škále pohybovali okolo hodnoty 3,5, což ukazuje, že prvky využívají mezi možnostmi "pravidelně" a "kdykoli je k tomu příležitost". Respondenti na pracovní pozici pečovatelské se na škále pohybovali o něco níže, průměrně okolo hodnoty 3, tedy že prvky nefarmakologických přístupů využívají pravidelně. Nejnížší míra využívání prvků nefarmakologických přístupů se ukázala u respondentů na pracovní pozici zdravotnického personálu. Zde se průměrné hodnoty na škále pohybovaly okolo hodnoty 2,5, což znamená, že jsou prvky zdravotnickým personálem při péči průměrně využívány občas až pravidelně.

Na výzkumné otázky se díky vyhodnocenému dotazníkovému šetření podařilo získat odpovědi. Ukázalo se, že nefarmakologické přístupy jsou pracovníkům domovů se zvláštním režimem dobře známé, i když některé více než jiné. I u přístupů, které pracovníci moc neznají, při péči využívají jejich prvky, tudíž jsou zřejmě i tyto pro práci se seniory s demencí prospěšné. U většiny přístupů se ukázalo, že s větší znalostí přístupu stoupá využívání jeho prvků v praxi, tudíž je prospěšné se nadále vzdělávat a informovat o nových možnostech, které se pro práci se seniory s demencí nabízí.

Závěr

Cílem práce bylo zjistit znalosti personálu domovů se zvláštním režimem o vybraných nefarmakologických přístupech v péči o člověka s demencí a zhodnotit, zda jsou principy daných přístupů v domovech se zvláštním režimem při péči využívány.

K dosažení cíle bylo uskutečněno dotazníkové šetření u pracovníků domovů se zvláštním režimem. Dotazníky byly rozeslány do 135 domovů, vrátilo se zpět 134 vyplněných dotazníků, které vyplnili respondenti na různých pracovních pozicích - vedoucí pracovníci, sociální a aktivizační pracovníci, pečovatelé a zdravotnický personál. Lze usuzovat, že dotazníky se vrátily spíše z těch domovů, které se snaží využívat nové poznatky pro lepší péči o své klienty, protože mnozí projevíli zájem o výsledky výzkumného šetření.

Pod pojmem "nefarmakologické přístupy" si respondenti buď vybavili konkrétní přístupy - ať už pět nefarmakologických přístupů vybraných pro tuto práci (reminiscenci, validaci, preterapii, bazální stimulaci, Montessori přístup) nebo jiné (muzikoterapii, arteterapii, canisterapii) nebo popisovali to, čím jsou nefarmakologické přístupy charakteristické (absence léků, přístupy zaměřené na člověka apod.).

Při otázkách na znalost a využívání konkrétních vybraných pěti nefarmakologických přístupů se jako nejznámější ukázaly bazální stimulace a reminiscence, validace byla vyhodnocena na třetím místě a nejméně známý byl Montessori přístup a preterapie. Nicméně při vyhodnocení míry využívání vybraných prvků přístupů při péči, kdy respondenti nevěděli, který prvek patří ke kterému přístupu, se ukázalo, že pracovníci využívají ve velké míře i ty přístupy, které příliš neznají a ve kterých nejsou vzdělaní. Výzkumné šetření tedy ukázalo, že využívání prvků nefarmakologických přístupů se děje jak díky vzdělání v jednotlivých přístupech, tak intuitivně.

Dotazníkové šetření také ukázalo, že prvky vybraných přístupů využívají nejvíce aktivizační pracovníci, dále pracovníci na jiných pozicích (vedoucí, koordinátoři, ergoterapeuti), dále sociální pracovníci, pečovatelé a nejméně zdravotnický personál. Vzhledem k tomu, že míra používání prvků jednotlivých přístupů do jisté míry závisí i na vzdělání v těchto přístupech, se dá předpokládat, že zdravotnický personál prvky využívá méně z toho důvodu, že je vyškolen spíše v dovednostech v péči o tělo a zdraví

klientů. Naopak pracovníci v sociální sféře musí za rok absolvovat vzdělání v akreditovaných kurzech MPSV, kam spadají i kurzy v nefarmakologických přístupech, proto lze předpokládat, že jsou jim tyto nefarmakologické přístupy bližší.

Lze říci, že výzkumné šetření ukázalo, že v praxi jsou využívány všechny zkoumané nefarmakologické přístupy a dá se tedy usuzovat, že pracovníci je využívají, protože vidí jejich pozitivní vliv na klienty. Tyto přístupy mají společný základ, kterým je péče zaměřená na člověka. Ta respektuje jeho individualitu a jeho jedinečné potřeby. Zároveň má každý přístup svá specifika a lze hodnotit pozitivně, že pracovníci mohou při péči volit takový přístup, který je jim osobně blízký. Široké spektrum nabízených přístupů pak může do praxe domovů se zvláštním režimem přinést rozmanitost při péči, kdy se pracovníci mohou vzájemně inspirovat a využívat pro konkrétního klienta prvky toho přístupu, který bude pro něj zvolen jako vhodný. Doporučením pro pracovníky domovů se zvláštním režimem by tedy bylo to, aby neváhali nefarmakologické přístupy při péči využívat a při volbě vzdělání v konkrétním přístupu se řídili tím, co je jim osobně blízké.

Tato bakalářská práce zmapovala základní znalosti pracovníků domovů se zvláštním režimem o nefarmakologických přístupech a to, zda je při péči využívají. V budoucnu by bylo zajímavé podívat se na využití jednotlivých přístupů detailněji - například pomocí kvalitativního výzkumu. Také by mohlo být zajímavé zjistit, jaká je nabídka vzdělávání v jednotlivých přístupech a jeho dostupnost.

Pro speciální pedagogiku je oblast péče o seniory s demencí vzhledem k jejich rostoucímu počtu tématem, které je stále více aktuální a vhodné pro další zkoumání. Snad i tato bakalářská práce přispěla svým výzkumným šetřením k získání informací o aktuální praxi v této oblasti.

Seznam použitých informačních zdrojů

BOHLMMEIJER, E. T. a kol. The effects of integrative reminiscence on meaning in life: Results of a quasi- experimental study. *Aging a Mental Health*, 2008, roč. 12, č. 5.

FEIL, Naomi. *V/F Validation: the Feil Method*. 3. ed. Cleveland: Edward Feil Productions, 2015. ISBN 978-0-692-37158-9.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro ošetřující, terapeutu, logopedu a speciální pedagogu: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. 2. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018. 204 s. ISBN 978-80-907053-1-9.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrii [online]. *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 9. [cit. 2019-03-26]. Dostupné z www: https://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_BS_geriatrie.pdf.

GIBSON, Faith. *Reminiscence and recall*. 3rev. ed. London: Age concern, 2006. 310 s. ISBN 0-86-242-414-4.

GLENNER, Joy A. et al. *Péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 135 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.

HENDL, Jan a REMR, Jiří. *Metody výzkumu a evaluace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2017. 372 s. ISBN 978-80-262-1192-1.

HOLMEROVÁ, Iva. Demence. *Sociální služby*, 2016, č. 2.

HOLMEROVÁ, Iva a kol. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. *Psychiatria pre praxi*, 2005, roč. 6, č. 4.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

Chci zůstat doma. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. 49 s. ISBN 978-80-906320-0-4.

JANEČKOVÁ, Hana a kol. Reminiscenční terapie a výzkum jejího efektu na kvalitu života seniorů v institucionální péči. *Geriatrics*, 2008, roč. 14, č. 1.

JANEČKOVÁ, Hana, Hana ČÍŽKOVÁ a Renáta NENTVICOVÁ NOVOTNÁ. Reminiscence v konceptech péče o starého člověka. *Sociální služby*, 2015, č. 3.

JANEČKOVÁ, Hana, Hana ČÍŽKOVÁ a Renáta NENTVICOVÁ NOVOTNÁ. Využití vzpomínek v pečujících rodinách a v komunitách. *Sociální služby*, 2015, č. 4.

JANEČKOVÁ, Hana, Hana ČÍŽKOVÁ a Renáta NENTVICOVÁ NOVOTNÁ. Život vzpomínek v domovech - od jednotlivce ke komunitě. *Sociální služby*, 2015, č. 5.

JANEČKOVÁ, Hana a VACKOVÁ, Marie. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. 151 s. ISBN 978-80-7367-581-3.

JANEČKOVÁ, Hana in MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 164 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.

KELLY, Anne. Montessori mění svět lidí žijících s demencí. *Sociální služby*, 2017, č. 5.

de KLERK-RUBIN, Vicki. *Validation techniques for dementia care: the family guide to improving communication*. Health Professions Press, 2007. 144 s. ISBN 10-193-252-937-3.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.

MKN - 10 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1. 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, Renáta a Hana JANEČKOVÁ. Validace podle Naomi Feilové - klíč k porozumění lidem s demencí, I. díl. *Sociální služby*, 2016, č. 3.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 183 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5.

PROCHÁZKOVÁ, Lucie. Metoda validace - podpora práce s dezorientovanými lidmi. *Sociální služby*, 2012, č. 2.

PROUTY, Garry, Dion Van WERDE a Marlis PÖRTNER. *Preterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 197 s. ISBN 80-7178-949-6.

PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 150 s. ISBN 978-80-7367-381-9.

Reminiscenční centrum, z. s. *Úvod do reminiscence*. Materiály z kurzu. 2019.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2., rev. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.

Sociální služby I. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016. ISBN 978-80-906320-4-2.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a BOLOMSKÁ, Barbora. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

ŠVARCBACHOVÁ, Jaroslava. Principy Montessori v péči o seniory. *Rezidenční péče: odborný časopis pro sociální péči* [online]. 2016, 12(2), [cit. 2019-02-25]. Dostupné z: <http://www.rezidencnipecce.cz/archiv/casopis/1602.pdf>.

TAVEL, Peter. *Psychologické problémy v starobe I*. 1. vyd. Pusté Úľany: Schola Philosophica, 2009. 278 s. ISBN 978-80-969823-7-0.

VÍTKOVÁ, Marie in MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.

VÍTKOVÁ, Marie a Jarmila PIPEKOVÁ, ed. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 144 s. ISBN 978-80-247-4423-0.

ZÁKON 108/2006 O sociálních službách.

ZGOLA, Jitka M. *Něco dělat!: průvodce vytvářením aktivizačních programů pro nemocné Alzheimerovou chorobou a podobnými poruchami*. 1. vyd. Praha: Občanské sdružení Za důstojné stáří, 2013. ISBN 978-80-254-9338-0.

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 226 s. Psyché. ISBN 80-247-0183-9.

Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník pro respondenty

Seznam grafů:

1. Délka praxe respondentů
2. Pracovní pozice respondentů
3. Znalost pojmu "nefarmakologické přístupy v péči o seniory s demencí"
4. Četnost uvedení pěti vybraných nefarmakologických přístupů
5. Znalost a využívání vybraných nefarmakologických přístupů
6. Absolvované vzdělání v některém z vybraných nefarmakologických přístupů
7. Vzdělání respondentů v konkrétních přístupech
8. Důvod účasti na vzdělání
9. Užitečnost vzdělávání
10. Důvod neúčasti na vzdělání
11. Využití jednotlivých prvků reminiscence
12. Průměrné využití prvků reminiscence
13. Využití jednotlivých prvků validace
14. Průměrné využití prvků validace
15. Využití jednotlivých prvků preterapie
16. Průměrné využití prvků preterapie
17. Využití jednotlivých prvků bazální stimulace
18. Průměrné využití prvků bazální stimulace
19. Využití jednotlivých prvků Montessori přístupu
20. Průměrné využití Montessori přístupu
21. Míra využívání prvků nefarmakologických přístupů na základě pracovních pozic respondentů
22. Porovnání znalosti jednotlivých přístupů s jejich využíváním v praxi

Příloha č. 1 - Dotazník pro respondenty

Využití vybraných nefarmakologických přístupů v péči o seniory s demencí

(polostrukurovaný dotazník)

Dobrý den, jmenuji se Anna Čížková a zpracovávám bakalářskou práci na téma využití nefarmakologických přístupů v profesionální péči o seniory s demencí. Pokud se seniory s demencí pracujete, budu velmi ráda, když tento dotazník vyplníte.

Dotazník je anonymní, při jeho vyhodnocení nebude možné identifikovat vás jako konkrétní osobu. Pokud byste měli zájem o výsledky mého výzkumu, napište mi prosím na můj email anca.cizkova@seznam.cz a výsledky vám pošlu. Na tomto emailu také můžu zodpovědět další Vaše dotazy.

Předem děkuji. Anna Čížková

1. Pohlaví

☐ žena

☐ muž

2. Věk

☐ 15 - 20

☐ 20 - 30

☐ 30 - 40

☐ 40 – 50

☐ 50 a více

3. Dosažené vzdělání:

☐ základní

☐ středoškolské

☐ vyšší odborné

☐ bakalářské

☐ magisterské

4. Odborná kvalifikace pro vaši profesi

- ☐ vzdělání v oboru (SŠ, VOŠ, VŠ)
- ☐ kurz "Pracovník v sociálních službách"
- ☐ jiné

4a. Pokud jste uvedli „jiné“, napište jaké:

5. Se seniory s demencí pracujete:

- ☐ méně než jeden rok
- ☐ 1 - 3 roky
- ☐ 3 - 5 let
- ☐ 5 - 10 let
- ☐ 10 let a více

6. V jakém typu zařízení pracujete:

- ☐ domov pro seniory
- ☐ domov se zvláštním režimem
- ☐ denní stacionář
- ☐ zdravotnické zařízení
- ☐ v jiném (nebo pracujete ve více službách)

6a. Pokud jste napsala "v jiném", uveďte v jakém:

7. Se seniory s demencí pracujete jako:

- ☐ pečovatel/pečovatelka
- ☐ zdravotnický personál
- ☐ aktivizační pracovník/pracovnice
- ☐ sociální pracovník/pracovnice
- ☐ na jiné pracovní pozici nebo máte více pracovních pozic

7a. Pokud pracujete na jiné pozici, uveďte na jaké:

Nefarmakologické přístupy

Zde budu zjišťovat, jestli znáte nějaké nefarmakologické přístupy, zda jste v nich vyškolená/ý a zda je využíváte při své práci se seniory s demencí.

1. Slyšel/a jste o pojmu "nefarmakologické přístupy v péči o seniory s demencí"?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

1a. Pokud pojem "nefarmakologické přístupy" v péči o seniory s demencí znáte, co se vám vybaví?

2. Uveďte, zda jsou vám následující nefarmakologické přístupy využívané při péči o seniory s demencí známe a zda je využíváte.

2a. Reminiscence

- ☐ nikdy jste o ní neslyšel/a
- ☐ slyšel/a jste o ní, ale nevíte, co si pod tímto přístupem představit
- ☐ slyšel/a jste o ní, víte, co si pod tímto přístupem představit, ale nevyužíváte ji v praxi
- ☐ slyšel/a jste o ní, víte, co si pod tímto přístupem představit a využíváte ji v praxi

2b. Validace

- ☐ nikdy jste o ní neslyšel/a
- ☐ slyšel/a jste o ní, ale nevíte, co si pod tímto přístupem představit
- ☐ slyšel/a jste o ní, víte, co si pod tímto přístupem představit, ale nevyužíváte ji v praxi
- ☐ slyšel/a jste o ní, víte, co si pod tímto přístupem představit a využíváte ji v praxi

2c. Preterapie

- ☐ nikdy jste o ní neslyšel/a
- ☐ slyšel/a jste o ní, ale nevíte, co si pod tímto přístupem představit
- ☐ slyšel/a jste o ní, víte, co si pod tímto přístupem představit, ale nevyužíváte ji v praxi
- ☐ slyšel/a jste o ní, víte, co si pod tímto přístupem představit a využíváte ji v praxi

2d. Bazální stimulace

- ☐ nikdy jste o ní neslyšel/a
- ☐ slyšel/a jste o ní, ale nevíte, co si pod tímto přístupem představit
- ☐ slyšel/a jste o ní, víte, co si pod tímto přístupem představit, ale nevyužíváte ji v praxi
- ☐ slyšel/a jste o ní, víte, co si pod tímto přístupem představit a využíváte ji v praxi

2e. Montessori přístup u seniorů s demencí

- ☐ nikdy jste o něm neslyšel/a
- ☐ slyšel/a jste o něm, ale nevíte, co si pod tímto přístupem představit
- ☐ slyšel/a jste o něm, víte, co si pod tímto přístupem představit, ale nevyužíváte ho v praxi
- ☐ slyšel/a jste o něm, víte, co si pod tímto přístupem představit a využíváte ho v praxi

3. Absolvoval/a jste vzdělání (kurz) v některém z výše uvedených přístupů?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

3a. Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ANO, ve kterých přístupech jste vyškolený/á?:

4. Pokud jste se nějakého vzdělání zúčastnil/a, bylo to z důvodu:

- ☐ Vašeho osobního zájmu
- ☐ Vyslal Vás na něj zaměstnavatel
- ☐ Z jiného důvodu

4a. Pokud jste uvedl/a "z jiného důvodu", napište z jakého:

5. Pokud jste se žádného kurzu o nefarmakologických přístupech nezúčastnil/a, bylo to z důvodu:

- ☐ Nevíte, že se nějaké kurzy konají
- ☐ Jiné kurzy vám přijdou užitečnější a dáváte jim přednost
- ☐ Kurzy jsou příliš drahé
- ☐ Nemáte čas chodit na kurzy
- ☐ Z jiného důvodu

5a. Pokud jste uvedl/a "z jiného důvodu", napište z jakého:

6. Pokud jste se nějakých kurzů zúčastnil/a, myslíte si, že jsou pro vaši práci užitečné?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Pouze některé
- ☐ Nejsou špatné, ale pro vaši práci nejsou nezbytné
- ☐ Nevím

7. Pokud jste se nějakých kurzů zúčastnil/a a chtěl/a nám o nich napsat víc, zde je možnost:

Využívání nefarmakologických přístupů v praxi

U každého výroku zkuste na škále od 0 do 5 odhadnout, jak hodně je pravdivý. Výroky se týkají vaší péče a vašeho kontaktu se seniory s demencí.

0 = vůbec nevyužívám

1 = využívám zcela výjimečně a náhodně

2 = využívám občas

3 = využívám pravidelně

4 = využívám kdykoliv je k tomu příležitost

5 = využívám téměř stále, vytvářím příležitosti pro využití metod

1. Ptám se klientů na jejich život, na jejich vzpomínky

0 1 2 3 4 5

2. Když nevím, jak klientovi odpovědět, zopakuji to, co řekl.

0 1 2 3 4 5

3. Sleduji, jak se klient chová ke svému okolí a slovy to popisuji.

0 1 2 3 4 5

4. Při péči o klienty využívám aktivizační a uklidňující masáže.

0 1 2 3 4 5

5. Snažím se upravit prostředí tak, aby v něm klient našel činnosti, díky kterým může být užitečný.

0 1 2 3 4 5

6. Zním životní příběh klienta a využívám ho při péči.

0 1 2 3 4 5

7. Při komunikaci s klientem se nalaďím na to, jaké pocity vyjadřuje a na jeho osobní realitu.

0 1 2 3 4 5

8. Slovně popisuji klientovy pohyby těla a výraz obličeje.

0 1 2 3 4 5

9. Při péči se snažím stimulovat smysly klienta (hmat, čich, zrak, chuť, sluch).

0 1 2 3 4 5

10. Snažím se připravit prostředí (okolí klienta) tak, aby motivovalo klienty k činnosti.

0 1 2 3 4 5

11. Při aktivitách používám předměty, které si klienti pamatují ze svého života.

0 1 2 3 4 5

12. Při komunikaci s klientem využívám fyzický kontakt.

0 1 2 3 4 5

13. Při péči o klienta, který mluví nezřetelně, opakuji výrazy, které říká.

0 1 2 3 4 5

14. Snažím se zjistit klientovy osobní hygienické rituály a využívat je při péči.

0 1 2 3 4 5

15. Připravuji pro klienty takové aktivity, které podporují jejich kontakt s druhými lidmi.

0 1 2 3 4 5

Moc děkuji, že jste vyplněním tohoto dotazníku přispěli k vypracování výzkumné části mé bakalářské práce.

Anna Čížková